

...og så grep statsråden inn

En studie av tre nedleggingsprosesser innen sykehussektoren

Morten Andreas Engebretsen



Masteroppgave ved Institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2005

Forord

Utgangspunktet for ideen bak denne masteroppgaven var en tur til min bestemor som bor på gamlehjem på Toten. På denne turen, en vårdag i 2003, var jeg innom kjøpesenteret på Gran. Etter å ha vandret litt rundt på senteret ble jeg stoppet av en journalist fra lokalavisa. Hun lurte på om jeg ville uttale meg om nedleggingen av fødeavdelingen på Gjøvik. Dette var åpenbart en variant av ”*fem på gaten*” spørsmålet. Jeg ble ganske opprømt, for som statsviter, med fordypning innen offentlig politikk og administrasjon, burde jeg kunne uttale meg i det vide og brede om omstruktureringsprosessene innen sykehussektoren som nedlegging av fødetilbud. Ikke det at ”*fem på gaten*” – formatet gir anledning til dype betraktninger rundt temaet, men jeg burde i det minste kunne formulere et par velvalgte og presise kommentarer til journalistens spørsmål. Jeg ble stående å tenke, men kom ikke på noe å si. Enden på visa var at jeg lirte av meg et par innholdsmessig tilkortkommende standardsvar som på ingen måte reflekterte min studiebakgrunn og langt mindre var representative for mine ambisjoner innen faget.

Hendelsen fikk meg uansett til å tenke mer på temaet. Sluttresultatet befinner seg nå mellom disse to permene.

En stor takk til Tom Christensen og Inger-Marie Stigen (NIBR) som var hjelpsomme med innspill og veiledning til kursoppgaven denne masteroppgaven bygger på. Jeg vil også takke min veileder Harald Baldersheim for konstruktive innspill, presise kommentarer og nødvendig press. Sist, men ikke minst, vil jeg takke min samboer Louise for korrekturlesning, og for å ha støttet meg gjennom hele studietiden.

Oslo, oktober 2005

Morten Andreas Engebretsen

Innhold

FORORD	3
INNHold	4
1. INNLEDNING	6
1.1 PROBLEMSTILLING	7
1.2 NPM – IDEENE BAK STYRINGSSYSTEMET	8
1.3 PRESISERINGER OG AVGRENSNINGER	10
1.4 DISPOSISJON	11
2. MOT EN NY STYRINGSMODELL	12
2.1 FORUT FOR REFORMEN	12
2.1.1 På vei mot en reform	14
2.2 DET NYE STYRINGSSYSTEMET	15
2.2.1 Den formelle styringsdialogen	17
2.2.2 ISF og fritt sykehusvalg	19
2.3 REORGANISERINGEN AV FØDSELSOMSORGEN	20
3. TEORI OG METODE	22
3.1 PRINSIPAL- AGENTTEORI OG KONTRAKTSTYRING	22
3.2 INSTITUSJONELL MODELL, KULTUREN I SYKEHUSSEKTOREN	26
3.3 SENTRUM OG PERIFERI – AKTIVISERING AV EN KONFLIKTLINJE	30
3.4 METODE	34
3.4.1 Komparativ case som metode og forskningsstrategi	35
3.4.2 Valg og avgrensning av case	35
3.4.3 Dokumentstudier	36
3.4.4 Datagrunnlag	37
3.4.5 Validitet og reliabilitet	39
4. EMPIRI	41
4.1 SOSIALKOMITEEN OG HELSEDEPARTEMENTET -KONTRAKTUTFORMING	41
4.2 FØDETILBUDET I LÆRDAL	43

4.2.1	<i>Forslag om nedleggelse av fødeavdeling i Lærdal</i>	44
4.3	MOT EN NY STRUKTUR I HELSE ØST	49
4.3.1	<i>Fødetilbudet på Gjøvik.....</i>	49
4.3.2	<i>Forslag om nedleggelse av fødetilbudet på Gjøvik.....</i>	50
4.3.3	<i>Aker Universitetssykehus.....</i>	53
4.3.4	<i>Nedleggelsen av fødetilbudet på Aker Universitetssykehus</i>	53
4.4	OPPSUMMERING AV PROSESSENE	57
5.	ANALYSE OG DRØFTING AV HYPOTESENE	58
5.1	PRINSIPAL- AGENTTEORI OG KONTRAKTSTYRING	58
5.1.1	<i>Overfortolket helseforetakene reorganiseringsmandatet i kontrakten?.....</i>	60
5.1.2	<i>Hva kan forklare helseministerens omgjøring?</i>	63
5.2	INSTITUSJONELL MODELL, KULTUREN I SYKEHUSSEKTOREN	65
5.2.1	<i>Alternative forklaringsmodeller</i>	68
5.3	SENTRUM OG PERIFERI – AKTIVISERING AV EN KONFLIKTLINJE	69
5.3.1	<i>Den lokale mobiliseringen</i>	70
5.3.2	<i>Mobiliseringen på nasjonalt plan</i>	71
5.4	OPPSUMMERING AV ANALYSEN	75
6.	ER DET NYE STYRINGSSYSTEMET EGNET FOR EN RESTRUKTURERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN?	77
6.1	ET SPØRSMÅL OM GENERALISERING	77
6.2	STYRINGSSYSTEMETS SVAKHETER	78
6.3	ER DET NYE STYRINGSREGIMET EGNET TIL Å GJENNOMFØRE REORGANISERINGEN INNEN SYKEHUSSEKTOREN?	80
6.4	AVSLUTNING	82
7.	KILDELISTE.....	83

1. Innledning

Gjennom sykehusreformen (Ot. Prp. Nr. 66 2000 – 2001, heretter Ot.prp. nr. 66) ble eierskapet til sykehusene overført fra fylkeskommunene til staten. Staten fikk dermed et samlet ansvar for spesialisthelsetjenesten, mens ansvaret for den faktiske utøvelsen av helsetjenestene ble fordelt på fem regionale helseforetak. Sykehusreformen, sett i sammenheng med tidligere reformer som *innsatsstyrt finansiering* (ISF) og *fritt sykehusvalg*, etablerte en ny styringsmodell overfor spesialisthelsetjenesten. Et mål med denne nye modellen var å legge til rette for en mer rasjonell sykehusstruktur¹, dette ble blant annet påpekt i proposisjonen til sykehusreformen: ”Reformens intensjon er derfor å ta sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenestens struktur, for eksempel gjennom funksjonsfordeling” (ibid: punkt 2.5.1).

Reformene innebar ikke endringer i helsepolitikkenes mål, derimot skulle organisatoriske og strukturelle virkemidler som ble introdusert gjennom reformene legge forholdene bedre til rette for å nå de helsepolitiske målsetningene. En nøkkeltanke bak reformen var at det skulle skilles mellom politikk og virksomhetsutøvelse. Helseforetakene skulle dermed ikke detaljstyres, men styringen skulle utøves i form av insentivbaserte styringsverktøy og en formell styringsdialog. Overgangen fra tradisjonell forvaltningsorganisering til foretaksorganisering skulle sikre dette. Den nye modellen forutsatte at helseforetakene skulle gjennomføre og stå ansvarlige for den daglige driften av sektoren, mens regjeringen ved sektordepartementet skulle utarbeide den overordnede politikken (ibid). Den nye styringsmodellen skulle legge forholdene til rette for mer rasjonell drift av sykehussektoren, blant annet ved at helseforetakene ble gitt nødvendige rammebetingelser til strukturendringer innen sektoren. I proposisjonens punkt 2.9.3 konkretiseres dette: ”Det er en klar målsetning at eier [helseforetakene] skal tilrettelegge for bedre struktur i helsetjenesten”.

¹ Utrykket *rasjonell sykehusstruktur* knyttes til sykehusreformens målsetning om endringer i sykehusstrukturen for bedre å være rustet til å nå de helsepolitiske målsetningene. I kapittel 2 vil dette gjennomgå nærmere.

Nå, vel 4 år etter sykehusreformen, er det på tide å undersøke hvorvidt målet om en mer rasjonell struktur innen sykehussektoren er nådd. For å undersøke dette vil jeg analysere tre caser der helseforetakene startet opp prosesser med mål om nedlegging av sykehusstilbud. Ved én av disse casene ble sykehusstilbudet lagt ned, mens ved de to andre ble de opprettholdt tilnærmet uendret. De resultater og funn jeg kommer fram til gjennom å analysere prosessene, vil gi et grunnlag for å vurdere det nye systemets egnethet for reorganisering.

1.1 Problemstilling

I denne studien vil jeg skille mellom en *operativ* og en *overordnet* problemstilling. Oppgavens *operative* problemstilling vil være direkte knyttet opp mot de caser jeg skal undersøke. Disse casene er henholdsvis: forslaget om nedlegging av fødetilbudet på Lærdal sykehus, forslaget om å legge ned fødeavdelingen på Gjøvik sykehus og forslaget om å legge ned fødetilbudet på Aker universitetssykehus. Problemstillingen blir dermed: ***Hvorfor endte prosessene med at bare ett fødetilbud ble lagt ned, mens de to andre ble opprettholdt tilnærmet uendret?***² Resultatene jeg får her vil benyttes i en drøfting av oppgavens *overordnede* problemstilling: ***Er styringsregimet som ble etablert i kjølvannet av sykehusreformen, egnet til å få gjennomført en restrukturering av sykehussektoren?***

For å besvare studiens operative problemstilling vil jeg benytte ulike teorier som på hver sin måte kan belyse og forklare utfall av reformer innen offentlig sektor.

Det første teoribidraget som skal benyttes er prinsipal- agentteori. Teorien er godt egnet til å analysere relasjonen mellom agenten og prinsipalen. I den sammenheng skal jeg undersøke om helseforetakene overfortolket kontraktens reorganiseringsmandat,

² Bakgrunnen for reorganiseringen av fødselsomsorgen er knyttet til flere myndighetsavgjørelser, ikke bare sykehusreformen (ot.prp.nr. 66), disse vil bli gjennomgått i kapittel 2.3.

og om manglende godkjenning fra prinsipalen på dette grunnlaget, kan forklare utfallet av prosessene. Teoribidraget er samtidig relevant fordi styringsregimet som ble etablert gjennom sykehusreformen, kan knyttes til sentrale ideer ved denne teorien. Kontraktsstyring gjennom en formalisert styringsdialog og styring gjennom insentiver er eksempler på dette.

Dernest vil jeg undersøke om utfallet av casene kan forklares med bakgrunn i institusjonell motstand. Teorien som vil bli benyttet i denne sammenhengen er institusjonell teori. Teorigrunnlaget herfra er svært omfattende, i den forbindelse har jeg valgt å ta utgangspunkt i det som kan kalles et *kulturperspektiv* (Christensen mfl. 2004). Utfall og implementering av organisatoriske endringer forklares av denne teorien med utgangspunkt i organisasjonskultur.

Et tredje og siste teoretisk perspektiv, er Stein Rokkans sentrum- periferidimensjon. En viktig hypotese her er at politisk engasjement har sammenheng med blant annet aktivisering av sentrum/periferi konfliktlinjen. Jeg forventer dermed at en form for politisk aktivisering på bakgrunn av konfliktlinjen kan forklare utfallet av casene.

1.2 NPM – ideene bak styringssystemet

Sykehusreformen, innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg kan oppfattes som reaksjoner på en langvarig negativ utviklingstrend innen sykehussektoren. Kjennetegn ved denne utviklingen var stadige kostnadsøkninger, kombinert med lange ventelister (Ot.prp. nr. 66, punkt 2.2.1). Til tross for intensjonen om at fylkeskommunene skulle samarbeide seg imellom, så dette ikke ut til å ha ønsket effekt (Hagen 1998). Det ble blant annet hevdet at fylkene hadde opparbeidet seg en svært kostbar sykehussektor som var preget av dublerende kompetanse og spredning av akutttilbud (ibid: 161). Samtidig ble det antydnet at effektivitetsproblemene også var knyttet til motstand internt på sykehusene. Profesjonene innen helsevesenet virket lite villige til å godta en overordnet strategisk styring. Medisinere og byråkrater var uenige om sykehusene

skulle få styrket autonomi, eller om den overordnede kontrollen med sykehusene skulle styrkes (Hoffmann 2002).

Løsningen som ble foreslått av daværende helseminister Tore Tønne var en omfattende reformpakke der sentrale styringsprinsipper var fristilling i helseforetak, kontraktstyring og større bruk av insentiver. Flere aspekter ved denne reformpakken kan ses i sammenheng med en bred internasjonal reformbevegelse som har fått navnet *New Public Management* (NPM). I den følgende delen vil jeg kort gå gjennom viktige trekk ved denne reformbevegelsen, og knytte reformbevegelsen opp mot de siste års endringer innen spesialisthelsetjenesten.

Betegnelsen NPM ble først brukt om en gruppe reformer som ble implementert i angloamerikanske land på 80 – tallet. Siden har denne reformtypen blitt vanlig i de fleste vestlige land. Bevegelsen blir av mange betegnet som en handlekurv, bestående av ulike reformelementer (Politt og Bouckaert 1995; Ferlie 1996), der politikerne velger de elementene de finner best egnet. Felles for reformene var en målsetning om å begrense eller effektivisere offentlig sektor, gjerne gjennom bruk av styringsprinsipper fra privat sektor (Hood 1991; Politt 2002: 276). NPM-bevegelsen kan samtidig sies å være basert på en ideologisk kritikk av tradisjonell byråkratisk styring, da denne styringsformen oppfattes som sendrektig, ressurskrevende og lite fokusert på brukernes ønsker (Boston m.fl. 1996).

Bevegelsen fikk sitt forsiktige inntog i Norge på siste halvdel av 80-tallet. Dette skjedde i hovedsak gjennom en rekke policydokumenter og -forslag. Sentrale her var regjeringen Willochs *Moderniseringsprogram* (1986), Brundtlandregjeringens *Fornyelsesprogram* (1987) og utredningen *En bedre organisert stat* (NOU 1989). Et tidlig eksempel på implementering av denne reformtypen var budsjettreformen av 1986. Reformen skulle gi offentlig virksomhet mer autonomi, og vektla virkemiddelet *mål- og rammestyring*. Utover 90-tallet skjedde det flere endringer som kan knyttes til policytankegangen, blant annet ble en rekke statlige virksomheter fristilt.

Flere trekk ved de siste års endringer innen spesialisthelsetjenesten kan som nevnt knyttes til NPM - bevegelsen. Sykehusreformen introduserte et skarpere skille mellom politikk og virksomhetsutøvelse. Sektoren ble fristilt i helseforetak, og det ble åpnet for bruk av mål- og resultatstyring gjennom kontrakter (Hood 1991; Politt 1995). Disse styringsteknikkene er sammenfallende med management - prinsippet innen NPM, og som kan oppsummeres i slagordet "*make the managers manage*" (Christensen m.fl. 2002: 99).

Tanken bak denne rollefordelingen er at ressurser som tidligere ble benyttet til detaljpolitikk nå skulle frigjøres til mer langsiktig planlegging. Dette skulle øke de politiske myndighetenes evne til overordnet kontroll og strategisk styring. Virksomheten skulle på sin side få tilstrekkelig rammefrihet til å drive på en profesjonell måte (Christensen og Lægreid 2001).

Reformene eller ordningene med fritt brukervalg og innsatsstyrt finansiering (ISF) er også naturlige å trekke inn i denne sammenhengen. Disse etablerer incentiver for at helseforetakene skal prioritere hensyn som effektivitet og brukervennlighet i utformingen av sine tjenester. Dette er helt i tråd med en av bevegelsens kjerneverdier: bruk av markedsmekanismer (Politt 2002: 276).

1.3 Presiseringer og avgrensninger

I studien vil hovedvekten ligge på sykehusreformen og effekter av denne. De andre reformene, innsatsstyrt finansiering og fritt brukervalg, vil i tilfeller bli nevnt og behandlet, men som hovedregel vil disse kun fungere som bakteppe for disposisjonene til systemets ulike aktører.

Benevnelser som sykehussektoren, helsesektoren og spesialisthelsetjenesten vil bli brukt om hverandre i oppgaven. Felles for disse er at jeg lar de betegne den delen av helsesektoren som omfattes av sykehusreformen, det vil si den virksomheten innen helsevesenet som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Den kommunale helsetjenesten faller dermed utenfor dette. I denne sammenhengen er det viktig å

påpeke at fødestuene var underlagt kommunehelsetjenesten fram til og med 2002, men at disse ble underlagt helseforetakene fra 2003.

De regionale og lokale helseforetakene vil stedvis bli betegnet som henholdsvis RHF og LHF. Sektordepartementet har endret navn tre ganger de siste årene, fra Helse- og Sosialdepartementet (t.o.m. 2001) og Helsedepartementet (t.o.m. 30.09.04), til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i dag. Jeg vil i hovedsak benytte navnet Helsedepartementet, da dette var navnet på departementet under strukturendringsprosessene.

1.4 Disposisjon

Videre i oppgaven, i kapittel to, vil jeg sette sykehusreformen inn i en historisk ramme, gjennom å gi et kortfattet riss av utviklingen innen spesialisthelsetjenesten fra etterkrigstiden til året reformen ble implementert. Deretter vil jeg gå gjennom de sentrale organisatoriske og styringsmessige sidene ved reformen. Sist i kapittelet skal jeg gjøre rede for det konkrete grunnlaget bak reorganiseringen av fødselsomsorgen.

I kapittel tre vil jeg først redegjøre for de teoriene som vil bli benyttet i oppgaven og utlede hypoteser fra disse. Her vil jeg også ta opp og drøfte ulike metodiske utfordringer som er relevante.

I det fjerde kapittelet går jeg gjennom oppgavens tre caser, fra Stortingsvedtak om strukturendringer innen sektoren, til endelig avgjørelse på foretaksmøtet.

I kapittel fem vil jeg gjennomføre en analyse der jeg vurderer teori og empiri opp mot hverandre. Jeg vil også kommentere forklaringskraften til de ulike teoretiske bidragene.

Avslutningsvis, i kapittel seks, vil jeg drøfte interessante funn, samt gi et svar på oppgavens overordnede spørsmål/problemstilling: *i hvilken grad sykehusreformen er egnet for en restrukturering av helsevesenet.*

2. Mot en ny styringsmodell

I dette kapittelet skal jeg først ta for meg sykehussektorens senere historie, med fokus på de styringsproblemene som har preget spesialisthelsetjenesten gjennom årene. Deretter vil jeg redegjøre for styringsmodellen som ble innført gjennom sykehusreformen. Her vil jeg fokusere på styringsrelasjonene som ble etablert mellom myndighetene og helseforetakene, samt mellom de lokale og regionale helseforetakene. Til sist skal jeg gå gjennom det konkrete grunnlaget for reorganiseringen av fødselsomsorgen.

2.1 Forut for reformen

Før 1969 var eierskapet over sykehusene fordelt på både staten, fylkene, større kommuner og private organisasjoner (Hagen 1998: 155). I perioden fra 1969 fram til sykehusreformen ble implementert i 2002, var spesialisthelsetjenesten i all hovedsak underlagt fylkeskommunen (Rikshospitalet og noen andre spesialsykehus var eid av staten). Fra midten av 70-tallet ble imidlertid landets sykehus delt inn i fem helseregioner. Arbeidet her ble organisert og ledet av regionale helseutvalg, og var basert på et frivillig samarbeid mellom fylkene i de respektive regionene (Opedal og Stigen 2002). Et formål med opprettelsen av helseregionene var å få fylkeskommunene til å samarbeide om fordeling av sykehusoppgaver (ibid).

I det gamle styringssystemet var fylkeskommunen den øverste myndigheten for spesialisthelsetjenesten, mens staten og fylkene sammen finansierte sektoren (ibid). Denne ansvarsfordelingen skapte til tider uklare ansvarsforhold, særlig gjaldt dette for finansieringen av helsetjenestene. Skattesystemet i Norge åpner for at fylkene kun kan kreve inn en begrenset fylkesskatt, noe som i praksis resulterer i at fylkene er avhengig av overføringer fra staten for å løse sine oppgaver (Hagen 1996; Fevolden 1997: 288). Fylkeskommunene i Norge har imidlertid en omfattende selvråderett, så i prinsippet kunne fylkene nokså fritt disponere overføringene til sykehussektoren.

Denne situasjonen skapte interessenmotsetninger mellom staten og fylkeskommunen. Et utslag av dette kan karakteriseres som et "svarteperspill", der staten beskyldte fylkeskommunene for ineffektiv drift av sykehussektoren, og for å benytte sektoren som en brekkstang for økte bevilgninger (Hagen 1996). Fylkeskommunepolitikere hevdet på sin side at staten underfinansierte sykehusene. For å bøte på rolle- og finansieringsproblematikken benyttet staten i en viss utstrekning *øremerkede tilskudd*, bevilgninger som må gå til bestemte formål. Fylkeskommunepolitikerne var i mange tilfeller kritiske til denne finansieringsformen, da den undergravde deres selvråderett. Undersøkelser viser også at de øremerkede tilskuddene i mange tilfeller var lite effektive (ibid: 22).

Problemaspektet knytter seg også til en oppfatning om at fylkene hadde opparbeidet seg en svært kostbar sykehussektor som var preget av dublerende kompetanse og spredning av akutttilbud (Hagen 1998: 161; Ot.prp. nr 66. pkt 2.2.1). Da staten i praksis hadde ansvaret for finansieringen av sykehusene, hadde fylkeskommunepolitikerne lite å tjene på å arbeide for en effektiv sykehusstruktur. Politikerne hadde naturlig nok andre hensyn å prioritere dersom de ønsket høyere oppslutning og mulighet for gjenvalg (Hagen 1998: 161; Romøren 2001). Inndelingen i helseregioner så ikke ut til å ha bedret denne situasjonen.

I tillegg til at ansvarsforholdet mellom fylkeskommunen og staten var uklart, bar også forholdet mellom Sosialdepartementet og Sosial- og Helsedirektoratet preg av turbulens og uenighet. For å forstå denne problematikken, er det nødvendig med et kort tilbakeblikk på relasjonen mellom direktorat og departement i de siste tiårene. Rett etter krigen ble Karl Evang leder for Sosial- og Helsedirektoratet. Han var skeptisk til den sterke innflytelsen det tradisjonelle byråkratiet hadde innen helsevesenet, særlig mislikte han juristenes fokus på regler og retningslinjer (Slagstad 1998:315). Evang ønsket at sykehusene skulle få økt autonomi, slik at fagmedisinske hensyn fikk større innflytelse på sykehusenes virksomhet (Christensen 1994). I løpet av sin tid i direktoratet bygde Evang opp et sterkt og uavhengig fagdirektorat med stor innflytelse på helsepolitikken. Fagdepartementets innflytelse ble dertil svekket (ibid).

Direktoratets og departementets arbeidsoppgaver var i mange tilfeller overlappende, og det var ofte uenighet om hvem som skulle løse oppgavene (ibid).

Konflikten om sentrale styringsprinsipper innen helsevesenet har altså stått mellom mange aktører. Medisinere og byråkrater var uenige om sykehusene skulle få styrket autonomi, eller om den overordnede kontrollen med sykehusene skulle styrkes (Hoffmann 2002). Fylkeskommunepolitikerne ønsket selvbestemmelse og en desentralisert sykehusstruktur, mens representanter for staten så et behov bedre ressursutnyttelse og mer helhetlig styring. På dette grunnlaget anså mange at det var behov for å reformere systemet.

2.1.1 På vei mot en reform

Utover 80-tallet ble det nedsatt en rekke utvalg med sikte på å skape en bedre styringsstruktur innen helseforvaltningen. Et tidlig eksempel på dette var Heiberg-rapporten som ble framlagt i 1982. Rapporten konkluderte med at det var et stort behov for økt styring og bedre samordning av sektoren (Christensen 1994: 66-67). Reformanstrengelsene i denne perioden førte ikke mye med seg. Fasen fra 1980 til 2001 beskrives av Hoffmann (2002: 46) som en periode preget av tautrekking mellom aktører som støttet det daværende systemet, og aktører som ønsket endring. Imidlertid er det verdt å se på noen utredninger og endringsforslag som ble framsatt utover på 90-tallet.

Av særlig interesse her er Hellandsviksutvalget (NOU 1996:5), som kom med tilrådning om et sterkere regionalt sykehussamarbeid. Utvalget foreslo også en styringsmodell som ville gi staten noe mer innflytelse. Utvalget konkluderte imidlertid med at fylkeskommunen fortsatt skulle stå som eier av sykehusene.

Etter dette kom Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet*. Denne fulgte delvis opp forslagene som var blitt framsatt gjennom Hellandsviksutvalget. Blant annet ble det påpekt at sykehusstrukturen måtte endres dersom ønsket om en mer

effektiv helsesektor skulle realiseres. Meldingen tilrådte samtidig at det regionale helsesamarbeidet burde styrkes gjennom en formalisering.

På bakgrunn av meldingen vedtok Stortinget å formalisere det regionale helsesamarbeidet. Fra 1. januar 1999 ble det regionale helsesamarbeidet styrket gjennom lovfesting av en rekke krav til samarbeidet i helseregionen.

Etter dette konkluderte Sørensenutvalget (NOU 1999:15) med at det var behov for ytterligere å reformere styringen av spesialisthelsetjenesten. Utvalget kom til at sykehuseierne (staten og fylkeskommunen) selv burde få velge tilknytningsform. Komitéflertallet anbefalte likevel en tilknytningsorganisering i form av kommunale aksjeselskap eller statsforetak.

Sykehusreformen ble endelig realisert gjennom et forslag fra regjeringen Stoltenberg den 6. juni 2001 (ot.prp.nr. 66). Den utløsende faktoren for forslaget var sannsynligvis stadige budsjettoverskridelser i sektoren, med påfølgende behov for store ekstrabevilgninger, særlig for perioden 1999-2000 (Hallingstad 2004: 54). Reformen ble vedtatt i Stortinget med et flertall bestående av representantene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet. Den 1. januar 2002 trådte sykehusreformen i kraft.

2.2 Det nye styringssystemet

Sykehusreformen var i hovedsak en reform som implementerte organisatoriske endringer. Staten overtok eieransvaret over spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene, og organiserte sektoren i helseforetak. Ved at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten, kom Helsedepartementet både i en eierposisjon og myndighetsposisjon overfor helseforetakene. Organiseringen i fristilte helseforetak etablerte et prinsipp om at helseforetakene ikke skulle detaljstyres. I praksis var det imidlertid få formelle begrensninger på mulighetene for statlig styring og inngripen (Helseforetaksloven § 11 og 12 jf § 30). Sett i forhold til situasjonen før sykehusreformen fikk staten en sterkt oppgradert styringsposisjon (Ot. Prp. Nr. 66: 2.5.1)

Med reformen overtok Stortinget fylkestingets rolle som overordnet politisk organ. Stortinget skulle etter foretaksmodellen ikke detaljstyre helseforetakene, men skulle sammen med sektordepartementet utarbeide en helhetlig nasjonal politikk (ot.prp.nr. 66, punkt 2.1.3). Stortingets hovedfunksjon i denne styringsmodellen, var som lovgivende og bevilgende organ for sykehussektoren (jf. st.prp. nr. 59, 2001-2002). Særlig viktig var bevilgningskompetansen. Gjennom budsjettproposisjonen og revidert nasjonalbudsjett skulle de folkevalgte omtale: ”forhold av prinsipiell og politisk karakter knyttet til spesialisthelsetjenesten og utviklingen av denne” (St.prp.nr.1 2003-2004: 235). Stortingets signaler og føringer gitt i budsjettproposisjonen skulle videre danne rammen for departementets styringsdokument til de regionale helseforetakene.

De fem regionale helseforetakene ble gjennom reformen omgjort til egne rettssubjekter, og organisert etter en såkalt foretaksmodell. Dette skulle utelukke tradisjonell forvaltningsstyring (etatsstyring) av foretakene. Den tradisjonelle styringsmodellen innebar at overordnede myndigheter kunne gripe inn i nesten alle deler av en virksomhet. Ved foretaksmodellen ble det lagt opp til at styringen skulle utøves gjennom en formalisert styringsdialog (ot. prp. nr. 66: punkt 2.5.1). Dette styringssystemet var ment å gi foretaks- og sykehusledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon (ibid: punkt 2.5.2).

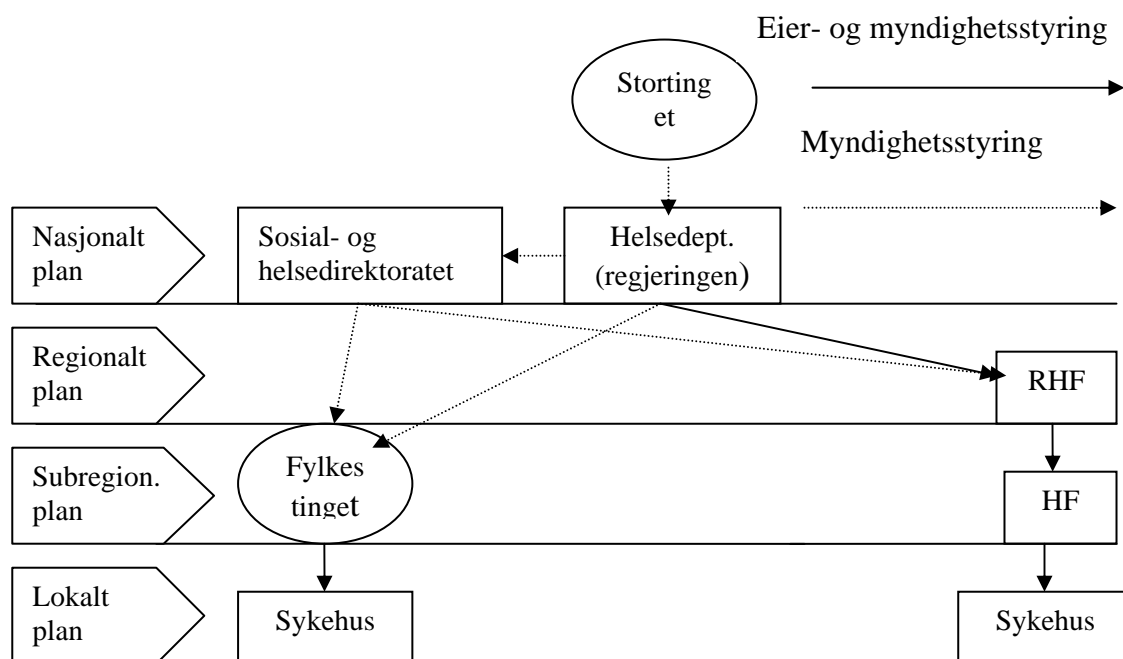
Underlagt hvert av de RHFene befinner det seg en rekke lokale helseforetak. Styringsaksen mellom regionalt - og lokalt helseforetak har mange paralleller til styringsaksen mellom Helsedepartementet (nå HOD) og de RHFene. RHFene skal stå som eiere av de LHFene, dermed skal de lokale foretakene i hovedsak styres gjennom styremøter og årlige styringsdokumenter. De RHFene skal også oppnevne styremedlemmer til de lokale helseforetakene. De RHFenes autonome stilling gjorde at de stod ganske fritt i vektleggingen av de ulike styringsredskapene. Hovedsaken var at RHFene skulle sørge for god drift, og at virksomheten skulle drives innenfor rammene av overordnede myndigheters bestemmelser (ibid punkt 2.10.1).

Gjennom reformen ble det etablert et skille mellom eierstyring og myndighetsstyring. Styringen gjennom det statlige *eierskapet* (foretaksmøter, og kompetansen utledet

herfra) av foretakene skulle utføres av eieravdelingen i Helsedepartementet (Helsedepartementet 2004a). Eierstyringen inkluderte også finansieringsstyringen, eller *bestillingen*. I praksis skulle eierstyringen utøves ved at overordnede og langsiktige styringsbudskap ble fremsatt gjennom den formelle styringsdialogen (ibid).

Myndighetsstyringen skulle utøves ved at departement eller direktorat traff vedtak med hjemmel i lov eller forskrift. Styringsformen kunne også utøves ved at departementets myndighetsavdelinger (Helsetjenesteavdelingen, Folkehelseavdelingen og Helserettsavdelingen) eller direktoratet brukte virkemidler av økonomiske, faglig normerende eller strukturell karakter. Sosial- og Helsedirektoratet ble tillagt hovedansvaret for myndighetsstyringen av helseforetakene (ibid).

Figur 1. Sammenlikning tidligere (venstre) og nåværende (høyre) styringssystem:



2.2.1 Den formelle styringsdialogen

Gjennom sykehusreformen ble styringsdialogen mellom myndighetene og foretakene formalisert. Hensikten var blant annet å sikre klare ansvarslinjer og skjerme foretakene fra detaljstyring. Den formelle dialogen skulle i hovedsak ta form av foretaksmøter, årlige styringsdokumenter og en årlig melding der foretakene rapporterte til myndighetene. Systemet skulle gi helseforetakene nødvendige styringssignaler for å

kunne gjennomføre den nasjonale helsepolitikken etter Stortingets og myndighetenes føringer. I tillegg skulle styringsdialogen gi departementet et godt utgangspunkt for å medvirke i utarbeidelsen av forslag til statsbudsjett, og gi et grunnlag for å vurdere om de helsepolitiske målsetningene var oppfylt (Helsedepartementet 2003a:21).

Styringsdialogen ble organisert slik at styringsdokumentene fra Helsedepartementet til de RHFene skulle sendes ut etter sosialkomiteens og Stortingets behandling av statsbudsjettet. I praksis innebar dette at dokumentene ble sendt ut ved årsskiftet. De RHFene skulle i løpet av februar sende en melding til departementet der de redegjorde for sentrale sider ved virksomheten for foregående år, en plan for kommende år, samt rapportering av resultatkravene i styringsdokumentet (jf. Sosial- og helsedepartementet 2001 punkt 1.1). Vi skal i det følgende se spesielt på foretaksmøtet og styringsdokumentet.

På **Foretaksmøtet** (tilsv. generalforsamling) innehar helseministeren som ”eier” absolutt kontroll innenfor rammene av helseforetaksloven. Etter Helseforetakslovens § 16 utøver eier: ”den øverste myndigheten i foretaket i foretaksmøtet”. Sentrale funksjoner her er utnevnelse av styremedlemmer, og avgjørelser etter Helseforetakslovens § 30. Denne bestemmelsen gir helseministeren rett til å gjøre vedtak: ”i saker av vesentlig betydning for foretakets virksomhet og løsningen av de politiske målene skal treffes av foretaksmøtet i regionalt helseforetak”. I tillegg kan foretaksmøtet gjøre endringer i vedtektene til de regionale helseforetakene. På foretaksmøtet legger statsråden fram sentrale styringsbudskap. Foretaksmøtet skal ledes av den ansvarlige ministeren (helseministeren), ellers har styreledelsen og daglig leder møteplikt, disse har også rett til å uttale seg på møtet (jf. Helseforetaksloven § 17). Fra og med 2005 er det to regulære foretaksmøter, tidligere var det ett årlig regulært foretaksmøte (jf. Helseforetaksloven § 18).

Styringsdokumentet er en viktig styringskanal fra Helsedepartementet til de RHFene, og blir utstedt årlig overfor hvert av de regionale foretakene. Dokumentet er en form for ikke-juridisk avtale mellom departement og foretak, og kan betegnes som et styringsmessig supplement (utover lover/forskrifter og vedtak i foretaksmøtet) til

helseforetakene. Dokumentet skal ta utgangspunkt i føringer fra budsjettbehandling i Stortinget, samt andre relevante stortingsvedtak. Med utgangspunkt i disse føringene blir en rekke mål- og resultatkrav framlagt gjennom styringsdokumentet (se eks. Helsedepartementet 2003a:1). Styringsdokumentet inneholder også bestemmelser knyttet til bestillingen eller finansieringen.

2.2.2 ISF og fritt sykehusvalg

Gjennom sykehusreformen står staten alene ansvarlig for finansieringen av spesialisthelsetjenesten. De RHFene får årlig tilført bevilgninger gjennom statsbudsjettet, og de bestemmer som regel selv hvordan bevilgningen skal disponeres mellom lokale helseforetak og private aktører. Normalt vil overføringene til de lokale helseforetakene baseres på forventet innsats, eller DRG-poeng (NOU 2003:1).

Bevilgningen fra staten er delt opp i to komponenter. En *rammefinansieringskomponent*, som er uavhengig av sykehusenes produksjon, og en innsatsstyrt komponent, som kalles *innsatsstyrt finansiering* (ISF). De siste årene har ISF - komponenten ligget mellom 50 og 60 prosent, men denne andelen har blitt endret årlig.

ISF gir de RHFene inntekter etter innsats, og har som et sentralt siktemål å fremme effektivitet (NOU 2003:1, kap.9). For nøyaktig å kunne beregne innsatsen, blir sykehusenes produksjon beregnet etter DRG – poeng (diagnoserelaterte grupper). Hver enkelt DRG - gruppe har en kostnadsvekt som uttrykker relativ ressursbruk i forhold til gjennomsnittet for alle pasienter (ibid). For fødselsomsorgen dekker DRG – systemet de fleste behandlinger og inngrep, fra vanlige fødsler til de fleste komplikasjoner innen nyfødtdedisinen (Sosial- og helsedepartementet 2000, gruppe 14,15).

Ordningen med *Fritt sykehusvalg* ble implementert i 1999 gjennom § 2 - 4 i pasientrettighetsloven. Disse bestemmelsene gir de fleste pasienter med behov for planlagt behandling, i motsetning til akutt behandling, rett til selv å velge hvilket

sykehus de skal behandles på. Pasientene kan derimot ikke bestemme behandlingsnivå. Ordningen er ment å skape en viss konkurranse sykehusene i mellom, ettersom sykehus med ledig kapasitet har økonomisk insentiv til å trekke til seg flere pasienter.

Ettersom de RHFene er mottagere av overføringene fra staten, er det en forventning at ISF-systemet skal gi foretakene insentiv til å effektivisere sykehusdriften, særlig ved at systemet belønner de RHFene som klarer å effektivisere sin sykehusstruktur.

2.3 Reorganiseringen av fødselsomsorgen

Bakgrunnen for reorganiseringen innen fødselsomsorgen kan knyttes til flere kilder. Sykehusreformen la som kjent føringer for en effektivisering av sykehusstrukturen. Samtidig stilte Stortinget gjennom St.prp.nr. 59 (2001-2002) krav om betydelig omstillinger og effektivitetsforbedringer innen helsevesenet. På dette området var det imidlertid sosialkomiteens Innst.S. nr. 300 (2000 – 2001) ³ (heretter: innst. S. nr. 300), som mest direkte la føringer for reorganiseringen av strukturen innen fødselsomsorgen.

Gjennom sosialkomiteens innstilling (innst.S.nr.300) framkom det at en viktig begrunnelse for endringer av strukturen innen fødselsomsorgen, var å skape et rasjonelt og effektivt tilbud med høy faglig kvalitet. Et nøkkelpunkt bak sosialkomiteens innstilling var at nesten halvparten av landets fødeavdelinger tok i mot svært få fødsler, og at den medisinske kompetansen dermed var svært spredt. Komiteen bemerket spesielt at: ”Mindre fødeavdelinger har store problemer med å rekruttere gynekologer og må ta i bruk svært dyre overtids- og vikarordninger[...] Komiteen mener derfor det er nødvendig å differensiere fødeavdelingene...” (ibid: 17). Samtidig framholdt komiteen at prinsippet om en desentralisert fødselsomsorg

³ Innstilling om akuttmedisinsk beredskap, denne bygger på St.meld. nr. 43 (1999-2000) (- akuttmeldingen).

skulle beholdes (ibid). Sosialkomiteen foreslo derfor en inndeling i tre kompetansenivåer for den framtidige organiseringen av fødselsomsorgen:

- **Nivå 3, kvinneklinikk:** minst 1500 fødsler i året. Fødetilbud med medisinsk kompetanse for behandling av alle typer fødselskomplikasjoner, samt barnelege for behandling av komplikasjoner hos spedbarn.
- **Nivå 2, fødeavdeling:** minimum 400-500 fødsler per år. Avdeling med heldøgns akuttmedisinsk beredskap og tilknyttet barnelege. Alvorlige fødselskomplikasjoner, eller kirurgisk behandling av barn, vil normalt kreve overførsel til kvinneklinikk.
- **Nivå 1, fødestue:** minst 40 fødsler per år. Avklarte fødsler, der det ikke er forventet operativ forløsning, komplikasjoner tilknyttet svangerskapet eller spesielle behandlingsbehov hos de nyfødte.

Komiteen påpekte at denne kompetanseinndelingen måtte gjøres gjeldende i de forestående reorganiseringsprosessene. For å realisere denne inndelingen, påpekte komiteen at kompetanse tilknyttet selektering av fødende, særlig innen fødestuene, var viktig. Samtidig understreket den: ”at antall fødsler både ved kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer ikke må være absolutt” (Ibid: 17).

Komiteen åpnet også for opprettelsen av et fjerde kompetansenivå gjennom en *forsterket (modifisert) fødestue*. Dette var i utgangspunktet en fødestue, men med akuttmedisinsk beredskap for keisersnitt, og en oppgradert kompetanse tilknyttet seleksjon av fødende. Kompetansemessig ville dette tilbudet ligge mellom fødeavdeling og fødestue.

I sammenheng med sosialkomiteens innstilling, var det en forutsetning at det skulle opprettes et ekspertorgan, *Nasjonalt råd for fødselsomsorgen*, som skulle bistå i de forestående reorganiseringsprosessene, først og fremst med råd av faglig, organisatorisk og administrativ karakter (ibid: 18). Rådet skulle dessuten avgi uttalelser til myndighetene i de konkrete reorganiseringsprosessene.

3. Teori og metode

Dette kapittelet er delt opp i en teori- og en metodedel. I kapittelets teoridel skal jeg legge frem de tre teoretiske perspektivene som jeg vil benytte i denne studien. Disse er henholdsvis prinsipal - agentteori, institusjonell teori og et sentrum – periferi perspektiv. Grunnen til at nettopp disse teoriene, er valgt er at alle er egnet til å gi en forklaring på studiens operative problemstilling. Forventningene som utledes fra de ulike teoriene eller perspektivene vil dels være konkurrerende, og dels utfylle hverandre. I kapittelets metodedel skal jeg redegjøre for de metodiske valgene som er gjort i oppgaven, og utfordringer som dukker opp i denne sammenhengen.

Bakgrunnen for bruk av teori er som Andersen (2003: 68) uttrykker det: "... teorier, gir kriterier for empirisk relevans". Teoriene strukturerer og forenkler virkeligheten ved at de angir utgangspunkt for hvor en skal lete etter svar på sine spørsmål. Teoriene som benyttes i oppgaven er svært generelle, og kan med fordel betegnes som perspektiver. Et perspektiv er i følge Scott (1992: 27) bestående av et sett ulike tilnærmingsmåter som deler en rekke fellestrekk. Jeg vil i det følgende benytte begge begreper.

3.1 Prinsipal- agentteori og kontraktstyring

Utgangspunktet for bruk av denne type teori eller perspektiv er studier av over- og underordningsforhold der en aktør (agent) driver en virksomhet på en annens (prinsipalens) vegne. Perspektivet setter fokus på *delegasjonen* av oppgaver og ansvar, og *relasjonen* som dermed oppstår mellom agent og prinsipal (Boston m.fl 1996). Analyseenheten i denne sammenhengen er *kontrakten* som danner rammen for relasjonen mellom prinsipal og agent.

I mange situasjoner er delegasjon nødvendig, og ønskelig, for å få utført arbeidsoppgaver. Prinsipalen har ikke alltid har ressurser, kunnskaper eller ferdigheter til å utføre arbeidsoppgavene selv. Dersom samfunnet hadde vært helt foruten

prinsipal- agentrelasjoner, ville for eksempel alt helsearbeid måtte blitt utført av den helsetrengende selv. God utnyttelse av delegasjon innebærer at de beste og mest effektive agentene får tildelt oppgavene, det kan dermed genereres store gevinster ved riktig delegasjon (Kiewiet og McCubbins 1991).

I denne studien har prinsipal- agentteorien to funksjoner. For det første kan en si at styringssystemet som ble implementert gjennom sykehusreformen er tuftet på prinsipper fra prinsipal- agentteori. Bruken av denne teorien innebærer derfor å ta reformens forutsetninger på alvor. Gjennom reformen ble hierarkisk styring erstattet av en formell styringsdialog, basert på kontraktsliknende styringsdokumenter. Skillet mellom agent og prinsipal ble gjort eksplisitt gjennom fristillingen av helseforetakene. Samtidig skulle ISF - systemet og fritt brukervalg skape et insentivsystem, integrert i kontrakten, der målet var at foretakenes preferanser skulle samsvare med myndighetenes. Kontraktstyring og styring gjennom insentiver er sentrale elementer innen prinsipal- agentteori (Boston m.fl 1996; Martin 1995). Teoriens andre funksjon er som bakgrunn for å utforme testbare hypoteser.

Prinsipal- agentteori uttrykker i likhet med public choice skolen en skepsis til tradisjonell byråkratisk styring (eks. Niskanen 1971). I tradisjonell byråkratiteori ligger tillit og lojalitet som en implisitt del av systemet. I følge prinsipal- agentteori kan en slik lojalitet ikke tas for gitt, agent og prinsipal har ulike interesser (Ejersbo og Greve 2002: 21). Interessemotsetningen baseres på forutsetninger om at aktører styres av egeninteresse og er nyttemaksimerende. Forholdet mellom prinsipalen og agenten blir av den grunn preget av en grunnleggende mistillit (Boston m.fl 1996: 19). Denne mistilliten kan tilbakeføres til to grunnpremiser bak teorien. Det første premisset er den nevnte interessemotsetningen mellom prinsipal og agent der det er en forventning at agenten etterfølger sine preferanser (ibid). Det andre premisset er at det eksisterer en *informasjonsasymmetri* mellom agent og prinsipal (Kiewiet og McCubbins 1991). Dette innebærer at agenten som driver virksomheten, har mer informasjon enn prinsipalen som virksomheten blir utført på vegne av.

Disse premissene skaper grobunn for en rekke agentproblemer som går under betegnelsene *skjult handling*, *skjult informasjon* og *skjev utvelgning*⁴ (se eks. Hagen 1992). *Skjulte handlinger* og *skjult informasjon* forekommer fordi agenten har eksklusiv tilgang til informasjon om virksomheten, i kraft av å utføre denne. Agenten har i prinsippet insentiv til å utnytte informasjonsfordelen til egen vinning (ibid). Problemet med *skjev utvelgning* oppstår fordi prinsipalen er nødt til å basere sitt valg av agent med utgangspunkt i agentens informasjon om seg selv. Offentlig virksomhet er også heftet med en utfordring knyttet til en omfattende prinsipal- agentstruktur (Kiewiet og McCubbins 1991: 27; Moe 1984: 765; Vedung 1998:101). Problemer kan for eksempel oppstå når en (offentlig) agent er direkte underordnet et departement, mens ett annet departement har en kontrollfunksjon overfor den samme agenten. Dette kan det skape en situasjon der de ulike prinsipalene stiller motstridende krav til agenten.

Det sentrale analysefokuset innen prinsipal- agentperspektivet har altså utgangspunkt i at sosial og politisk interaksjon kan forstås som en serie kontrakter (Boston m.fl 1996:18, Martin 1995). Relasjons- eller agentproblemene teorien setter fokus på, blir således ikke automatisk løst gjennom kontraktstyring. Men virkemiddelet kan sies å adressere problemene på en måte som gjør det mulig å løse disse. Utfordringen i denne sammenhengen blir å formulere en kontrakt som løser problemet med ulike preferanse-funksjoner og informasjonsasymmetri. Kontrakten må etablere et insitament- og kontrollsystem som kan få agenten til å etterfølge prinsipalens ønsker (Ejersbo og Greve 2002: 20).

Begrepet *kontrakt* bør presiseres. Kontrakter i det offentlige skiller seg gjerne fra privatrettslige kontrakter. Privatrettslige kontrakter kan defineres som rettslig bindende avtaler mellom likeverdige parter, der eventuelle byrder og goder er likt fordelt, og der uoverensstemmelser kan prøves i en domstol (Ejersbo og Greve 2002: 16; Martin 1995: 124). Kontrakter innen det offentlige er derimot ikke ment å skulle benyttes i

⁴ I forhold til denne studien er disse overvåknings- eller informasjonsproblemene av mindre relevans ettersom det er lite sannsynlig at nedleggingsprosessene var ukjente for prinsipalen. På grunn av begrepenes sentrale plass innen teorien har jeg likevel valgt å ta disse med.

eventuelle rettstvister. De er ikke inngått mellom likeverdige parter, og normalt tillegges kontrakten bare byrder på en part, nemlig den underliggende virksomheten (Ejersbo og Greve 2002; Martin 1995).

Kontraktsbegrepet i denne studien vil omfatte den formelle styringsdialogen mellom staten og helseforetakene. Her er styringsdokumentene sentrale. Samtidig er det viktig å gå gjennom budsjettbehandlingen i Stortinget ettersom kontrakten utarbeides på bakgrunn av signaler og bestemmelser som fremkommer her (se kapittel 2.2). En gjennomgang av Stortingets budsjettbehandling vil derfor gi verdifull informasjon om kontraktens målstruktur og prinsipalens preferanser.

Studiens problemstilling tar utgangspunkt i spørsmålet om hvorfor bare ett av de tre casene endte med nedlegging eller endring. Dette skjedde til tross for at helseforetakene hadde konkrete forslag om nedlegging eller endring ved alle de tre casene. Med bakgrunn fra prinsipal- agentteori vil dette utfallet bli tolket som en *styringssvikt*. Kontraktstyring forutsetter at målstrukturen i kontrakten er sammenfallende med prinsipalens preferanser, og at agentene vil iverksette de tiltak prinsipalen bestemmer gjennom kontrakten. I denne sammenhengen vil styringssvikten knyttes til at egenskaper ved kontrakten førte til en situasjon der agenten ikke overholdt prinsipalens målstruktur eller preferansestruktur.

I kapittel 2 så vi at et bærende prinsipp bak den nye styringsmodellen i sykehussektoren var at foretakene ikke skulle detaljstyres. Dette indikerer at kontraktens målstruktur skulle være generell. Systemet ga samtidig helseministeren flere sanksjonsmuligheter. Blant annet kunne helseministeren fatte vedtak etter betingelsene i Helseforetakslovens § 30 (jf. kapittel 2.2.1). Denne bestemmelsen ga i praksis en omfattende adgang til å omgjøre foretakenes vedtak.

Ut fra prinsipal- agentteori kan vi forvente at foretakene styres av hensyn som egeninteresse og nyttemaksimering. ISF - systemet ga helseforetakene et insentiv til å arbeide for en sykehusstruktur som ga høyere produksjon av DRG-poeng. Foretakene hadde dermed insentiv til å legge ned eller reorganisere de minst effektive

fødeenhetene. På dette grunnlaget kan det tenkes at foretakene gikk utover kontraktens reorganiseringssmandat. Denne antagelsen er egnet til å styrkes siden kontrakten sannsynligvis hadde en generell målstruktur, og at foretakene dermed kunne utnytte det ekstra handlingsrommet kontrakten tilsynelatende la opp til.

Bakgrunnen for at to av fødeavdelingene ble opprettholdt kan dermed knyttes til at helseforetakene gikk for langt i sine reorganiseringssplaner. Hypotesen fra dette perspektivet blir dermed **H1: Egenskaper ved kontrakten og agenten førte til at kontraktens reorganiseringssmandat ble overfortolket.**

I hypotesen stilles det en forventning om kausalsammenheng, - at *egenskaper* ved kontrakten og agenten (helseforetakene) førte til et bestemt utfall (*overfortolkning av reorganiseringssmandatet*). At helseministeren ikke bifalt to av foretakenes forslag, følger dermed logisk av dette.

3.2 Institusjonell modell, kulturen i sykehussektoren

Institusjonell teori fokuserer på *institusjonen* som en sentral forklaringsfaktor for å forstå samfunnet. Utgangspunktet for perspektivet er at samfunnet består av institusjoner som regulerer og influerer enkeltindividers handlinger (Krasner 1988; March og Olsen 1989; Seleznick 1957). Perspektivet utelukker ikke at andre faktorer også har innvirkning på handlinger og atferd hos individer, men disse vil være av underordnet betydning.

Begrepet *institusjon* har en sentral plass her, imidlertid er det vanskelig å definere begrepet klart. Dette kan ha sammenheng med at institusjoner er svært heterogene i form og funksjon. Definisjonsmangelen er ikke ensbetydende med at begrepet er blitt stående uforklart. Et utgangspunkt for en definisjon er skillet mellom begrepene *organisasjon* og *institusjon*. Organisasjonen blir oppfattet som et instrument for oppgaveløsning, mens institusjonen ses på som et naturlig produkt av sosialt påtrykk og behov (Seleznick 1957: 19). Videre er det vanlig å hevde at institusjoner har en egenverdi, en egen karakter, og innehar spesifikke normer knyttet til virksomheten

(Krasner 1988; March og Olsen 1989). En institusjon er dermed noe mer enn medlemmenes samlede oppfatninger, ønsker og preferanser, og noe mer enn et instrument for oppgaveløsning.

Det institusjonelle perspektivet er svært omfattende, det er dermed behov for avgrensninger. I denne studien skal jeg ta utgangspunkt i et *kulturperspektiv* (Christensen m.fl. 2004). March og Olsens (1989) teori om at institusjoner innehar en *logic of appropriateness* er sentralt her. Ut fra denne *passendhetslogikken* utledes ulike normer som angir og former rammene for aktørers handlinger innad i organisasjonen. Normer blir altså sentrale for å forstå aktørers handlingsvalg. Av den grunn skiller perspektivet seg fra rasjonalistiske teorier som fokuserer på kostnads/nytte – beregninger (Olsen 1992: 250), prinsipal- agentteori er en variant av dette.

Et spørsmål som bør besvares er hvordan normer eller kultur skapes i en institusjon. En tilnærming til spørsmålet er Stephen Krasners (1988:54) teori om at en kultur dannes gjennom ”evolusjonære, naturlige utviklingsprosesser”. To komponenter er viktige; de første konstituerende årene i en institusjons liv, og senere formative veivalg. Disse komponentene utgjør noe Krasner (ibid:67) kaller en *stiavhengighet*, og derav dannes rammen for individers handlinger og rolleoppfatninger i institusjonen. Enkelte tar også utgangspunkt i at organisasjonskultur etableres fra organisasjonsmedlemmenes egne normer og verdier, altså en demografisk kobling til kultur (Christensen m.fl. 2004: 59). Over tid vil organisasjonsmedlemmenes normer smitte over på organisasjonen som helhet, og danne en kultur. Dette utgangspunktet kan være særlig aktuelt for å forstå utviklingen av kultur i organisasjoner der et flertall av organisasjonens medlemmer deler sentrale sosiale kjennetegn (ibid: 54), for eksempel en profesjonsutdannelse innen medisin.

Gjennom evolusjonære, naturlige utviklingsprosesser og påvirkning fra organisasjonens medlemmer oppstår dermed en *logic of appropriateness* i en institusjon. Reform- og endringsforslag blir innen denne logikken møtt av en kompatibilitetstest, der aktørene i institusjonen bedømmer om et forslag samsvarer med institusjonens normer (Christensen m.fl. 2004: 144). Et resultat av dette vil normalt

være en prosess der en ser en gradvis tilpasning mellom institusjonens normer og reformen. Dette er ikke alltid tilfelle. Noen ganger vil reformen blir oppfattet som ikke-kompatibel med organisasjonskulturen, og vil bli forsøkt frastøtt (Røvik 1998).

For å kunne etablere forventninger på bakgrunn av dette perspektivet, må jeg gå nærmere inn på den rådende kulturen i helsesektoren. Normen om at helsepersonell skal gjøre alt som står i sin makt for å helbrede den syke, og at helsepersonell gjør dette best når de står fritt til å kunne handle til pasientens beste, har tradisjonelt stått sterkt (Kjekshus og Nordby 2004). Oppfatningen om legens autonomi kan trekkes over 2000 år tilbake i tid til legeskunstens far, Hippokrates. Innen helsevesenet har disse normene samtidig stått i konflikt med normer knyttet til administrasjon og ledelse (ibid; Hoffmann 2002). Typiske rolleoppfatninger herfra er rettet mot hensyn til budsjettoverholdelse og effektivitet. Dette krever kontroll over helsepersonellet. I kapittel 2.1 ble dette illustrert gjennom den vedvarende konflikten mellom Sosialdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. I denne sammenhengen kan en forvente at NPM-baserte reformer, med fokus på effektivitet og mål- og resultatstyring, er disponert til å øke konfliktnivået.

Hvordan kan så de institusjonelle normene vurderes i forhold til forslag om å legge ned fødeavdelinger? Med utgangspunkt i helsepersonells *logic of appropriateness* vil jeg forvente at forslaget vil bli forsøkt frastøtt på alle avdelingene. Det er naturlig å forvente motstand mot at ens arbeidsplass legges ned. Samtidig kan forslaget oppfattes som et utslag av NPM-prinsipper, - endringer relatert til hensyn som effektivitet og kostnadsreduksjon. Disse ideene står sannsynligvis svakt i et miljø basert på ideen om individuell frihet til behandling for pasientens beste.

Spørsmålet som dernest må stilles, er hva som kan forklare at nedlegging eller endring bare fant sted på et av sykehusene. En forklaring kan knyttes til variasjon i *styrken* eller *robustheten* i fødeavdelingenes organisasjonskultur. Det er naturlig å forvente at det er vanskeligere å gjennomføre endringer i organisasjoner med en robust organisasjons-kultur, enn i tilsvarende organisasjoner med svakere organisasjonskultur.

I denne sammenhengen må jeg identifisere en indikator på *robusthet* i organisasjonskulturen som samtidig *varierer* mellom casene. En indikator på kulturell robusthet kan knyttes til institusjonens *størrelse*. Bakgrunnen for dette er at en institusjons størrelse kan være utslagsgivende for ressursene den kan mønstre (Olsen 1992: 257). Større institusjoner kan sannsynligvis mobilisere flere ressurser, og dermed utøve mer robust motstand. Ut fra et demografisk syn på kultur (Christensen m.fl 2004:59) kan det hevdes at gruppedynamikk gjør det vanskeligere å gjennomføre endringer i større enn mindre grupper. Tanken her er at jo flere personer som verner om en bestemt kultur, jo høyere er tersklene for å endre denne.

Operasjonaliseringen av *størrelsen på institusjonen* kan gjøres ved å se på *antall ansatte*⁵. I denne sammenhengen er det viktig å presisere at det ikke er teorien som sådan som testes, men derimot aspektet *institusjonens størrelse*.

Tabell 1. *Størrelse på fødetilbud for de ulike fødeinstitusjonene*

Størrelse fødetilbud	Antall ansatte (ant heltidsst.)
Lærdal	15,5
Gjøvik	36,5
Aker	60

Kilde: Helse Øst 2003: 62; Helse Førde HF 2002: 7

Med dette som utgangspunkt vil jeg etablere hypotesen:

H2: Sterkere kultur, målt i antall ansatte, svekker muligheten for organisatoriske endringer.

⁵ Indikatoren *størrelse* blir vanligvis benyttet som en indikator på strukturell treghet, og blir dermed gjerne knyttet til et instrumentelt perspektiv (Hannan og Freeman 1984). I denne sammenhengen er dette ikke aktuelt da utgangspunktet ikke er organisasjonen som helhet, men helsepersonellet og deres normer.

Dermed vil jeg forvente at det er størst sannsynlighet for endringer på fødeavdelingen i Lærdal, mens det er minst sannsynlighet for endring på fødeavdelingen på Aker. Fødeavdelingen på Gjøvik faller her i en mellomkategori.

3.3 Sentrum og periferi – aktivisering av en konfliktlinje

Dette teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i Seymour Lipsets og Stein Rokkans klassiske verk fra 1967: *Party Systems and Voter Alignments*. Her analyserte Lipset og Rokkan den politiske utviklingen i Vest-Europa gjennom begrepet *skillelinjer*. Skillelinjene kunne ifølge forskerne struktureres rundt to akser, den territoriell-kulturelle og den funksjonelle. Disse skillelinjene dannet grunnlaget for partimønsteret. I dette teorikapittelet skal jeg fokusere på sentrum- periferiskillelinjen (ev. konfliktlinjen) som utledes fra den førstnevnte akse. Samtidig vil jeg også trekke inn nyere funn og teorier om Stortingets rolle i konfliktlinjen.

Utviklingen av konfliktlinjen mellom sentrum og periferi i Norge, bygger på Rokkans observasjon av at nasjons- og statsbyggingsprosjektet ble møtt av en til tider kraftig motstand fra periferien (Rokkan 1987). Fra 1830-tallet og utover startet en langsom, men jevn, bondemobilisering (ibid: 115). Mobiliseringen førte blant annet til at et begrenset kommunalt selvstyre ble innført, gjennom formannskapslovene av 1837 (Østerud 1999: 117). Opprettelsen av kommunale selvstyrte enheter fungerte i seg selv som et redskap for mobilisering av periferien, ved at store grupper i lokalsamfunnene fikk trening og erfaring med politikk, demokrati og styring (Baldersheim 1998:1). De neste tiårene vant periferien en rekke politiske dragkamper, blant annet gjennom stadige stemmerettsutvidelser (Rokkan 1987: 139). Bøndene og periferien, som del av partiet Venstre, kom også seirende ut av riksrettsaken i 1884. Motstanden fra periferien kom først og fremst som en reaksjon på det som ble oppfattet som stadige angrep på den tradisjonelle kulturen i utkantstrøkene (ibid: 116). Bøndene i periferien mislikte også forslagene om nye og økte skatter, noe som ofte fulgte statsmaktens ekspansjon. I perioden etter riksrettsaken, og særlig etter århundreskiftet, ble konfliktlinjen mellom sentrum og periferi mindre framtrædende.

Konfliktlinjen mellom arbeidere og borgerklasse overtok sentrum- periferiskillelinjens plass som den dominerende konfliktlinjen. Ut over i det forrige århundre ble konfliktlinjene institusjonalisert gjennom partisystemet. Fra 1920-tallet til rundt 1965 var partisystemet og partienes oppslutning relativt stabile. På bakgrunn av dette hevdet Lipset og Rokkan (1967: 3) at partisystemene hadde funnet sin likevekt, og lanserte på dette grunnlaget sin berømte *fastfrysningshypotese*.

Lipsets og Rokkans modell er på ingen måte blitt stående uten kritikk. Kritikken ble i første rekke rettet mot forskernes *fastfrysningshypotese*. Problemet med hypotesen var at så snart den ble fremsatt dukket nye partialalternativer opp, samtidig ble det observert en økende velgervolatilitet. Begrepene *dealignment* og *realignment* ble lansert for å forklare denne situasjonen. Det førstnevnte begrepet blir brukt i forhold til at partienes rolle som interesseartikulatorer er blitt svekket. I partienes sted har interesseorganisasjoner og direkte aksjoner blitt mer framtrædende (Dalton, Flanagan og Beck 1984). Begrepet *realignment* knyttes til at de tradisjonelle skillelinjene til dels har blitt erstattet av nye skillelinjer. Disse nye skillelinjene (for eksempel vekst kontra vern) framtrer som ideologiske oppfatninger og verdivurderinger (Ingelhart 1984; Aardal 1994: 228-231).

På grunnlag av Lipset og Rokkans klassiske verk kan det utledes ulike kriterier som danner begrepet *konfliktlinje*. Bartolini & Mair (1990: 215) hevder at en konfliktlinje består av tre nødvendige elementer. For det første knytter begrepet seg til en sosioøkonomisk lagdeling, der gruppene i et samfunn kan skilles fra hverandre ved hjelp av sosioøkonomiske kjennetegn. Dernest må gruppene som omfattes av konfliktlinjen være bevisst sin kollektive identitet gjennom at de danner et kollektivt interessefelleskap. Til sist må skillelinjen ha et organisert uttrykk. Aardal (1994: 227) kritiserer forutsetningen om et nødvendig sosioøkonomisk grunnlag for konfliktlinjer. Med direkte henvisning til sentrum- periferiskillelinjen hevder Aardal at en bør legge vekt på ”utviklingen av en *kollektiv identitet* (politisk bevisstgjøring/ mobilisering) og *organisering* som grunnlag for en politisk skillelinje” (ibid). Sosioøkonomisk forankring er dermed av mindre betydning. Disse to begrepene *kollektiv identitet* (eller

kollektivt interessefellesskap) og *organisering* skal jeg forholde meg til i den senere analysen.

Begrepsparet *sentrum* og *periferi* bør også kommenteres. Begrepene ble aldri helt presist definert av Stein Rokkan. Han forklarte dette med at han ikke ønsket at modellen skulle fryses fast av terminologi (Rokkan 1987:234). Utgangspunktet for begrepsparet er periferien som underlegen sentrum. Dette har i første rekke en geografisk dimensjon. Sentrum består av oslofjordområdet, og de tettbygde områdene nord for Oslo. Periferien kan enklest defineres som sentrums motsetning; de mest perifere områdene ligger lengst fra sentrum. Periferibegrepet inneholder ikke bare en geografisk dimensjon, andre komponenter som kulturelle og sosioøkonomiske aspekter, er også sentrale (Knutsen 1988). Viktige kjennetegn ved den norske periferien er målrørsla, lekmannsbevegelsen og avholdsbevegelsen (Rokkan 1987).

Stortingets rolle i forhold til sentrum- periferiskillelinjen bør fremheves i denne sammenhengen. Hilmar Rommetvedt (2003: 187) hevder at Stortinget ikke bare er det politiske sentrum for en enhetsstat, men at det også er den norske periferiens sentrale forsamling. For det første er utkantstrøkene relativt sterkt representert på Stortinget ved at vårt valgsystem favoriserer periferien. For eksempel står det færre stemmer bak hvert mandat fra fylker som er typisk perifere. Samtidig har stortingsrepresentantene i mange tilfeller en sterk tilknytning til regionen de representerer. Årsaken til dette kan i hovedsak knyttes til en desentralisert nominasjonsprosess. Det stilles en forventning om at delegaten fremmer regionale interesser, og ikke bare agerer på bakgrunn av parti (ibid: 180).

Rommetvedt (2002) fremmer også en tese om at Stortinget har fått: ”økt innflytelse på et mer avgrenset område” (ibid: 89). Han fant at aktiviteten i Stortinget var økt på områder der de folkevalgte ikke hadde begrenset sin rolle. Internasjonale forpliktelser og fristilling av offentlig virksomhet, er eksempler på saksområder de folkevalgte har begrenset innflytelse over.

I forhold til de forventningene jeg kan etablere med bakgrunn i dette perspektivet vil forslaget om nedleggelse av fødeavdelinger sannsynligvis aktivisere sentrum-periferiskillelinjen. Det kollektive interessefellesskapet i utkantstrøkene vil mobilisere mot det de oppfatter som bortfall av et viktig velferdstilbud. Det er også en forventning om at flere stortingspolitikere vil handle på grunnlag av dette, både gjennom at de er del av det kollektive interessefellesskapet, og på bakgrunn av en sterk regional tilknytning. Endringene som ble gjennomført med sykehusreformen er samtidig egnet til å styrke de folkevalgtes innflytelse på dette området. Gjennom reformen ble ansvaret for sykehussektoren samlet under sentralforvaltningen. Etter det parlamentariske prinsippet har sykehusreformen ført til at Stortinget kan øve mer innflytelse over sektoren (jf. kapittel. 2.2)⁶. For fødetilbudet i sentrum vil noen tilsvarende aktivisering ikke finne sted, den historiske gjennomgangen viser at konfliktlinjen ble aktivisert som en *reaksjon* fra periferien mot sentrums dominans.

For å kunne avgjøre i hvilke caser skillelinjen vil bli aktivisert, må jeg kunne skille casene i forhold til en sentrum- periferiskala. Jeg anser at gode operasjonaliseringer her er: *avstand til Oslo* (som det absolutte sentrum), *målform* og *stemmegivning med basis i de fem folkeavstemmingene*⁷ (Bjørklund 1999). Aker universitetssykehus ligger i Oslo, og blir av den grunn regnet som sentrum.

Tabell 2. *Sentrum- periferiindikatorer.*

	Målform	Avstand til Oslo	Folkeavstemming periferi-indeks
Gjøvik	Bokmål	Ca 130 km	35,0 – 49,9 %
Lærdal	Nynorsk	Ca 325 km	70,0 – 84,2 %

⁶ Til tross for at helseforetakene fikk en prinsipiell (begrenset) autonomi gjennom reformen, har denne statusen et svakt formelt grunnlag (jf. Kapittel 2.2).

⁷ Denne indikatoren er hentet fra Tor Bjørklunds (1999) sentrum- periferi-indeks for våre fem folkeavstemminger. Indeksen er utarbeidet gjennom indikatorene % "ja" til republikk (1905), % "ja" til alkoholforbud (1919), % "ja" til forbud (1926), % "nei" til EF (1972) og % "nei" til EU (1994).

Fødeavdelingen i Lærdal ligger i et område som har alle kjennetegn på periferi. Fødeavdelingen på Gjøvik faller, ikke uventet, i en mellomposisjon. Den ligger et stykke fra Oslo, men deler bruken av bokmål med hovedstaden. Når det gjelder folkeavstemmingene, scorer Gjøvik noe høyere enn Oslo på graden av periferi (Oslo ligger i kategorien 20.9 – 34, 9 %).

Således vil jeg forvente at forslaget om nedleggelse av fødeavdelingen på Lærdal, men også til en viss grad fødeavdelingen på Gjøvik, blir et spørsmål som ikke bare omfatter nedleggingen eller omgjøringen av en fødeavdeling. Forslaget vil aktivisere sentrum-periferiskillelinjen, og mobilisere det kollektive interessefellesskapet rundt skillelinjen. Forslaget om å legge ned fødeavdelingen på Aker vil ikke dekkes av denne konfliktlinjen, dette blir bare et spørsmål om nedleggelse av en sykehusavdeling. Hypotesene blir dermed:

H3: Jo mer perifer plassering av fødeavdeling, jo mindre sannsynlighet for nedlegging/endring.

Med dette som bakgrunn vil jeg forvente at fødeavdelingen i Lærdal vil bestå, mens fødeavdelingen på Aker vil legges ned. Gjøvik faller i en mellomposisjon.

3.4 Metode

I denne delen skal jeg redegjøre for metodiske valg jeg har gjort i oppgaven, samt vurdere de utfordringene som gjør seg gjeldende i denne sammenhengen. Først skal jeg redegjøre for *casestudie* som metode og forskningsstrategi. Derneft skal jeg gjennomgå oppgavens datagrunnlag, og metodiske utfordringer knyttet til bruk av dokumentstudier. Spørsmål om studiens validitet og reliabilitet vil bli behandlet til slutt i denne delen.

3.4.1 Komparativ case som metode og forskningsstrategi

Formålet med denne studien er å etablere en bedre forståelse av tre prosesser der nedlegging eller endringer av fødeavdelinger ble forsøkt gjennomført. Andersen (2003: 137) påpeker at: ”for dem som utfører casestudier vil idealet være å vise hvordan noe skjer”. Robert Yin (2003: 1) fremhever at casestudier er å foretrekke når en står overfor forskningsspørsmål av typen *hvordan* og *hvorfor*, noe som sammenfaller med denne studiens problemstilling. Valget av casestudie som forskningsstrategi er derfor godt egnet.

I studien har jeg valgt å sammenlikne tre caser, dette blir dermed en *komparativ casestudie*. Grunnen til valget av et slikt design er at muligheten for generalisering styrkes (Andersen 2003). I denne sammenhengen dreier dette seg om såkalt *analytisk generalisering* (Yin 2003: 32-33), og ikke statistisk generalisering. Analytisk generalisering kjennetegnes ved at etablert teori testes. Dette gjøres gjennom å sette empiriske resultater opp mot teoretiske forventninger. Dersom flere case støtter samme teori, og ikke støttes av en rivaliserende teori, styrkes teoriens holdbarhet (ibid).

3.4.2 Valg og avgrensning av case

Ved komparative casestudier er valget av caser sentralt. I denne studien har jeg valgt caser etter prinsippene fra *mest like* casedesign (Andersen 2003). Universet av mulige caser var forholdsvis stort for denne studien. Våren 2002 hadde en rekke foretak forslag om nedlegging av fødetilbud. Casene *prosessen rundt nedleggelsen/endring av fødetilbudet på Lærdal/Gjøvik/Aker* ble valgt med bakgrunn i variasjon på de tre uavhengige variablene, forventet variasjon på den avhengige variabelen og felles bakgrunnsvariabler.

Det de tre casene har til felles er at alle er fødeavdelinger, at prosessene skjer samtidig og foretakene hadde en klar intensjon om å legge avdelingene ned. Dette skaper tre kontrollvariabler: *avdelingslikhet*, *samtidighet* og *en klar intensjon*. Kontrollvariabelen *avdelingslikhet* har betydning fordi avdelingstypen i denne sammenhengen ikke kan

forklare variasjonen i utfallet. Kontrollvariabelen *samtidighet* gjør sannsynligheten mindre for at aktørene i prosessene har hatt mulighet til å bli influert av utfallet i de andre casene, først og fremst ved at samtidigheten er egnet til å fjerne eventuelle læringseffekter hos de ulike aktørene. Dessuten gjør variabelen at helseforetakene i alle de tre casene står overfor de samme usikkerhetsmomentene. Prosessene startet i 2002 gjennom implementeringen av sykehusreformen og foretakene stod i denne sammenheng overfor en urørt organisasjonsstruktur. Den siste kontrollvariabelen er knyttet til at prosessene med henblikk på nedleggelse eller endring måtte ha kommet et visst stykke på vei. Dette kravet skal sikre at foretakene hadde en klar intensjon om nedleggelse eller endring. Forklaringer knyttet til utfall som følge av byråkratiske prosesser eller avveininger internt i foretakene kan dermed utelukkes.

Alle tre casene er avgrenset ved at jeg fokuserer på prosessene rundt nedleggingen av fødeavdelingene. Tidsmessig blir dermed casene naturlig avgrenset fra initielle forslag om nedlegging i januar 2002, til endelig utfall av prosessene ved årsskiftet 2003/04. De empiriske grensene for hvilke aktører og observasjoner som skal trekkes inn i casene er vil styres av studiens forskningsspørsmål og teoretiske forventninger. Utgangspunktet i hver case er *prosessene* internt i helseforetakene, og mellom lokalt foretak og regionalt foretak. Prinsipal- agentteorien krever at jeg ser på *styringsdialogen* og utformingen av denne. Her har sosialkomiteens budsjettmerknader og styringsdokumentene fra Helse-departementet en sentral plass. Forventningene fra den institusjonelle modellen legger føringer for at *motstand fra helsepersonell* skal trekkes inn, mens sentrum- periferi-perspektivet krever at jeg ser på *lokalbefolkningens* og *de folkevalgte*s engasjement.

3.4.3 Dokumentstudier

Denne studien baserer seg på data i form av kvalitative dokumentstudier. Grønmo (1996: 81) hevder at kvalitative data er best egnet til problemstillinger som krever beskrivelser av helhetlige forhold. Dette må sies å være i tråd med min problemstilling, der utgangspunktet er en bred gjennomgang av tre caser. Yin (2003:

97 - 101) fremhever et prinsipp om *triangulering* av datakilder. På grunn av casenes omfang og ressursbegrensninger knyttet til en masteroppgave, har det ikke latt seg gjøre å etterfølge trianguleringsprinsippet. Studien er derimot basert på ulike dokumenttyper, noe som gir gode muligheter for å kryssjekke sentrale momenter i empirien. Dette sikrer korrekt gjengivelse av casene.

De datakildene jeg har benyttet er offentlige dokumenter, protokoller fra styremøter, utredninger, sakspapirer og avisartikler. Bruk av slike kilder er heftet med noen metodiske utfordringer, disse skal jeg gjennomgå i det følgende.

Bruk av avisartikler kan være problematisk fordi kravene til nøyaktighet er lavere innen denne sjangeren enn for offentlige dokumenter og vitenskapelige studier. Dette kan være en særlig utfordring i politisk betente saker som nedleggelse av fødetilbud. I en del tilfeller kan en tenke seg at personer som blir intervjuet eller som selv har skrevet i avisen, har en interesse av å fremstille en sak på en bestemt måte. Typiske eksempler på dette kan være at en person overdriver den lokale motstanden mot nedleggingsforsøk, eller at et styremedlem underkommuniserer graden av konflikt i styre eller i administrasjon for å etablere et inntrykk av intern enighet. Da avisartiklene suppleres og kryssjekkes med andre kilder, regner jeg med at dette skaper kontroll med de fleste feilkildene.

Når det gjelder bruk av protokoller fra styremøter, referater fra Stortinget, interne sakspapirer og andre offentlige dokumenter, oppfatter jeg disse som troverdige og presise. Troverdigheten etableres først og fremst gjennom systemer for å sikre at kilden er korrekt nedtegnet, gjennom for eksempel *godkjenning av protokoll* på styremøtene. Samtidig er noen av disse kildene utarbeidet av en gruppe fagfolk. Dette er egnet til å sikre kontroll over de fleste feilkildene.

3.4.4 Datagrunnlag

En utfordring i casestudier er at friheten og mangfoldet i kildebruken kan åpne for en skjev framstilling av en case (Yin 2003: 61-62). Dette skjer typisk gjennom

systematisk valg av kilder som støtter en bestemt teoretisk eller faktisk posisjon, eller ved å systematisk utelate kilder som svekker dette. For å sikre at fremstillingene av casene ikke blir skjeve, har jeg i alle casene vært påpasselig med å trekke frem aktører og hendelser som dekker alle de teoretiske posisjonene. I tillegg har jeg valgt å presentere empirien i et eget kapittel. Dette vil gjøre det lettere å følge empirien, og dermed kunne identifisere eventuelle svakheter ved fremstillingen.

I studien er det blitt benyttet flere datakilder. I første rekke har jeg sett på den formelle styringsdialogen mellom myndighetene og helseforetakene. Den viktigste komponenten i denne dialogen er *styringsdokumentene* og *foretaksmøtene* (jf. Kapittel 2.2). I forhold til Stortingets budsjettbehandling har jeg valgt å fokusere på sosialkomiteens arbeid med statsbudsjettet og revidert nasjonalbudsjett. Merknadene fra sosialkomiteens budsjettinnstillinger sammen med styringsdokumentene vil sammen danne kontrakten overfor helseforetakene. Jeg har også undersøkt stortingsrepresentantenes engasjement for fødeavdelingene. Dette er blant annet gjort gjennom søk på Stortingets spørretime⁸.

For å skaffe et overblikk over de tre casene, og for å kunne gi en nøyaktig redegjørelse av prosessen i de ulike helseforetakene, har jeg undersøkt protokoller fra styremøtene i Helse Vest og Helse Øst, samt fra styremøtene i Helse Innlandet HF, Aker Universitetssykehus HF og Helse Førde HF. I tillegg har jeg sett på dokumenter fra foretakenes ulike prosjektgrupper og høringsdokumenter fra berørte parter. Flere av disse prosjektdokumentene og høringsdokumentene har ikke vært tilgjengelig via helseforetakenes hjemmesider, disse er funnet ved hjelp av søkemotoren *google*. Søkene mine her er gjennomført med relevante søkeord (se fotnote 8). Høringsdokumentene for Helse Øst var ikke tilgjengelig på nettet, disse fikk jeg tilsendt etter forespørsel.

⁸ Søkene som er benyttet er: "Gjøvik", "Lærdal", "Aker", "Helse Øst", "Helse Vest", "føde*" og "nedlegg*", "protest nedlegg* føde*", "fakkeltog føde*", "demonstrasjon føde*".

Videre har jeg sett på engasjement fra lokalbefolkning, lokalpolitikere og rikspolitikere i de tre casene. I den forbindelse har jeg benyttet Atekst, der jeg har undersøkt avisene/nyhetsmediene (se fornote 8): *Aftenposten*, *Bergens tidende*, *Dagsavisen*, *Klassekampen*, *Kommunal Rapport* og *NTB tekst*. Dessuten har jeg gjennomført søk i lokalavisene på de tre stedene. For avdelingen på Gjøvik undersøkte jeg *Oppland Arbeiderblads* sider. For Lærdals del ville avisa *Firda* vært egnet å undersøke, men nyhetene for den aktuelle perioden var i mange tilfeller slettet. Derfor gjennomførte jeg i stedet søk på sidene til NRK-nyhetene Sogn og Fjordane. Her hadde NRKs lokalredaksjon samlet alle sine saker om reorganisering av sykehussektoren i regionen på en samleside. Et aktuelt alternativ for søk rundt fødeavdelingen på Aker var *Groruddalen Avis*, men denne avisen hadde også slettet de fleste artiklene fra perioden. Jeg regner med at søket i *Aftenposten* og de andre riksavisene til dels dekket prosessen rundt denne fødeavdelingen. Søkeordene og søkeperioden her er tilsvarende som for mitt søk i Stortingets spørretime (se fornote 8). Til sist har jeg undersøkt hjemmesider og lenker tilknyttet “*Jostedalsaksjonen/forsvar Lærdal Sykehus*”, “*Aksjon for ABC/Aker*” og “*folkebevegelsen for lokalsykehusene*”, dette er hjemmesider der kampen for fødeavdelingene i Lærdal og på Aker er dokumentert.

3.4.5 Validitet og reliabilitet

Et hovedpunkt i all forskning er pålitelighet. Dette knyttes til et spørsmål om en studies validitet og reliabilitet. Validitetsbegrepet blir gjerne delt opp i tre deler: begrepsmessig validitet, intern validitet og ytre validitet.

Begrepsvaliditet handler om kvaliteten på operasjonaliseringene av de sentrale teoretiske begrepene i en studie (Yin 2003: 34). Sentrale teoretiske begreper i denne studien er: *sentrum/periferi*, *konfliktlinje*, *styrken på institusjonell motstand* og *kontrakt (-styring)*. Alle disse begrepene er blitt operasjonalisert i teorikapittelet. Bakgrunnen for de konkrete operasjonaliseringene er også gjennomgått der.

Et begrep som står sentralt i studien og som ikke er blitt gjennomgått, er *endring* (av en fødeavdeling). Dette begrepet er nevnt i den operasjonelle problemstillingen, og i den sammenhengen benyttet jeg uttrykket *tilnærmet uendret* om utfallet i en av casene. En endring utover dette vil være knyttet til forandringer med forholdsvis store konsekvenser for de ansatte eller for brukerne. Dermed utelukkes for eksempel rene navnendringer og mindre organisatoriske endringer.

Intern validitet er et spørsmål om de kausale fortolkningene av data (Skog 1998: 106). Er det slik at slutningene med bakgrunn i teoriene som er fremsatt i studien er korrekte, eller er det her snakk om en spuriøs sammenheng? Forskningsdesignet har en viss robusthet på dette området. *Mest like - designet* gjør at en del årsaksforklaringer som kunne vært sannsynlige, blir kontrollvariabler. I tillegg har jeg benyttet to teorier, sentrum/periferi og institusjonell teori, som jeg har utledet konkurrerende forventninger fra. Dermed har jeg kontroll på to sannsynlige forklaringsvariabler. I analysen vil jeg dessuten fremsette og undersøke alternative forklaringer.

Ytre validitet dreier seg om muligheter for generalisering, og vil bli konkret drøftet i kapittel 6.1. Mange er kritiske til muligheten for generalisering fra casestudier. Typisk kommer kritikken fra kvantitative forskningsmiljøer, der det blir hevdet at generalisering ikke er mulig fra de få enhetene casestudier bygger på. Denne kritikken er feilplassert fordi casestudier bygger på eksperimentets logikk, og muligheten for analytisk generalisering (Andersen 2003; Yin 2003: 37). Som nevnt kjennetegnes dette ved at etablert teori testes. Ved å gå fra en til tre caser styrkes studiens interne validitet fordi teorien testes flere ganger. Muligheten for analytisk generalisering øker dermed.

Reliabilitet kan knyttes til om undersøkelsen kan gjentas av andre, og komme til samme resultat (Yin 2003: 37). Et hjelpemiddel i så måte er studiens litteraturhenvisninger, og litteraturlisten bakerst i oppgaven. Dette muliggjør etterprøving av studien. Jeg har selvsagt forsøkt å være så nøyaktig som mulig i gjengivelsen av de data studien bygger på. Dette er blant annet gjennomført ved bruk av sitater. Reliabiliteten er også blitt sikret gjennom bruk av flere kilder for å kryssjekke de sentrale datakildene i studien.

4. Empiri

I denne delen skal jeg gå igjennom prosessene i de tre casene, fra Stortingets og sosialkomiteens behandling av reorganiseringene innen fødselsomsorgen, til endelig stadfestelse av helseministeren.

Jeg begynner gjennomgangen med å undersøke styringsdokumentene for den aktuelle perioden, dessuten skal jeg gjennomgå sosialkomiteens behandling av budsjettinnstillingene for perioden. Som nevnt i kapittel to legger sosialkomiteens merknader i budsjettinnstillingen føringer for innholdet i styringsdokumentene. Fokuset i denne sammenhengen vil bli lagt på merknader i forhold til reorganiseringen av fødselsomsorgen. I kapittelets andre hoveddel gjennomgår jeg de tre casene i detalj.

4.1 Sosialkomiteen og Helsedepartementet - kontraktutforming

Sosial- og helsedepartementet ba helseforetakene, gjennom styringsdokumentet for 2002 (Sosial- og helsedepartementet 2001), om å starte opp en prosess med henblikk på å effektivisere sykehusstrukturen i sine respektive helseregioner⁹. I styringsdokumentets punkt 3.2 ble det forutsatt at foretakene skulle etablere en: ”organisatorisk struktur som gir effektiv utnyttelse av samlede ressurser. Samtidig som tjenestene har høy kvalitet og god tilgjengelighet”. Videre står det i punkt 4.1 i styringsdokumentet at helseforetakene: ”umiddelbart [skal] starte tiltak for å effektivisere driften og redusere kostnadsnivået i 2002”.

Et spørsmål som dukket opp tidlig i sosialkomiteen, i samband med foretakenes forestående endringer av fødselsomsorgsstruktur, var knyttet til avveiningen mellom hensynet til en desentralisert fødselsomsorg og målet om en rasjonell og effektiv

⁹ I denne sammenhengen er det på sin plass å trekke frem at endringer i strukturen innen fødselsomsorgen bare var en del av de strukturendringsprosessene som ble startet opp.

sykehusstruktur. På den ene siden hadde sosialkomiteen fremmet forslag om at kompetansenivåene (jf. kapittel 2.3) skulle gjøres *gjeldene* for de forestående endringene av fødselsomsorgen, samtidig ble det påpekt at nivåkravet ikke skulle være *absolutt* (Innst. S. nr. 300: 17).

Våren 2002 ble spørsmålet aktualisert da flere helseforetak stod foran omfattende reorganiseringer av sin sykehusstruktur. I denne situasjonen valgte sosialkomiteen å presisere sitt syn på målsetningen om et desentralisert fødetilbud gjennom innstillingen til revidert nasjonalbudsjett for 2002. Her påpekte komiteen:

”...behovet for å ivareta et desentralisert fødetilbud slik at den fødende ikke risikerer å måtte reise langt for å føde, med den økte risikoen dette medfører [...] Komiteen viser til de faglige utredninger og praksis som tilsier meget god kunnskap hos helsepersonellet til å skille ut risikofødsler. Dette betyr at fødestuemodellen både er økonomisk og faglig fullt ut forsvarlig.” (Innst.S.nr.243 (2001-2002):11).

Mot slutten av 2002 ble spørsmålet om reorganisering av fødselsomsorgen, og avveiningen av ulike hensyn, på nytt tatt opp i sosialkomiteen. Komiteen uttalte seg om denne problemstillingen i budsjettinnstilling for 2003:

”Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil påpeke at norsk geografi med spredt bosetning og lange avstander mellom sykehusene nødvendiggjør et desentralisert fødetilbud. Ved forventet normal fødsel framstår det som ønskelig å behandle selve svangerskapet og fødselen som en normal tilstand som ikke krever innleggelse på en høyt spesialisert fødeavdeling når det ikke forventes komplikasjoner...”(B.innst.S.nr.11 (2002-2003): 80-82).

Et mindretall i komiteen kommenterte konkret de foreliggende reorganiseringsplanene:

”Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ser det som betenkelig at det nå er igangsatt prosesser i regi av de ulike helseforetakene som kan bidra til en kraftig sentralisering av fødetilbudet, der så vel fødetilbudet ved Aker sykehus samt ved en rekke lokalsykehus står i fare for å bli nedlagt eller lagt om til fødestuer” (ibid).

I styringsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2003 konkretiserte Helsedepartementet kravene til funksjonsfordelingsprosessen i forhold til styringsdokumentet for 2002. Departementet påpekte blant annet at: ”når strukturtiltak gjennomføres skal det legges vekt på prosedyrer som sikrer at effektene er godt kartlagt og at det er gjennomført dialog med de berørte parter”. Videre står det: ” at [...]legitimitet for omstillingstiltak er avgjørende for videreutviklingen av en god

spesialisthelsetjeneste” (Helsedepartementet 2002 punkt 3.2.10). Departementet stilte samtidig strenge økonomiske krav til foretakene, blant annet skulle det oppnås balanse i driften senest innen 2004 (ibid punkt 4.1.1). Departementet la til at driften måtte effektiviseres, og at større strukturelle endringer måtte gjennomføres, dersom helseforetakene skulle nå effektiviseringskravene for 2003 og 2004 (ibid, punkt.3.2.10).

Den 10. desember 2003 la Stortingets sosialkomité frem sin budsjettinnstilling for 2004 (B.innst.S. nr. 11 2003-2004: 74). I budsjettinnstillingen ble det foreslått å styrke helseforetakenes økonomi med 500 millioner (i forhold til regjeringens budsjettinnstilling), og utsette kravet om økonomisk balanse til 2005. Dette kom etter et forlik mellom Arbeiderpartiet og regjeringspartiene. Av debatten som fulgte budsjettinnstillingen, var det klart at påplussingene i budsjettet kunne relateres til helseforetakenes planer om endringer i strukturen på fødselsomsorgen (Stortinget 2003a: 1079;1093). Med bakgrunn i budsjettinnstillingen uttalte Bjarne Håkon Hanssen (A) at en samlet komité har fremmet forslag om at: ”Stortinget ber Regjeringen grundig gjennomgå de ulike faglige vurderingene som nå foreligger i forhold til de endringer i fødetilbud og akuttberedskap som er planlagt”(ibid: 1079). Videre påpekte Hanssen at ”... jeg tenker da særlig på de vedtakene som er fattet i Helse Nord og Helse Vest” (ibid: 1093).

4.2 Fødetilbudet i Lærdal

Lærdal Sykehus er lokalsykehuset for Indre Sogn, en region med omkring 30 000 innbyggere. Opptaksområdet¹⁰ dekker kommunene Lærdal, Årdal, Luster, Sogndal, Leikanger og Vik. Antall fødsler på fødeavdelingen i Lærdal per 2002 var 233. Geografisk ligger Lærdal vakkert plassert mellom bratte vestlandsfjell. Denne beliggenheten gjør også sitt til at det er lang reisevei til andre sykehus. Sykehuset ble i januar 2002 underlagt Helse Førde HF og Helse Vest RHF.

4.2.1 Forslag om nedleggelse av fødeavdeling i Lærdal

Helse Førde HF startet den 14. januar 2002 en prosess med sikte på en endring av sin sykehusstruktur, dette etter direktiver fra Helse Vest (Helse Vest RHF sak 10/02). Det ble bestemt at en arbeidsgruppe, ledet av direktøren i Helse Førde HF, skulle styre arbeidet med funksjonsfordelingsprosjektet. Parallelt med dette oppnevnte styret i Helse Vest en egen utredningsgruppe som skulle gjennomgå helseregionens samlede sykehusstruktur (jf. sak 25/02B). Intensjonen var at gruppens forslag skulle fungere som rettesnor for de lokale helseforetakenes funksjonsfordelingsprosesser (ibid).

På styremøtet i Helse Førde HF 21. august 2002, ble det vedtatt at arbeidsgruppen skulle utarbeide og konsekvensutrede alternative strukturendringsplaner som ville gi besparelser på A) 20 millioner eller B) 50 millioner (Helse Førde HF sak 65/02 V).

Helseforetakenes arbeid med sykehusstrukturen vakte sterke reaksjoner hos lokalbefolkningen. Allerede i juni 2001 hadde aksjonsgruppen ”*Jostedalsaksjonen / Lærdalsaksjonen*” blitt dannet. Dette som reaksjon på Stortingets vedtak om å gjøre kompetanseinndelingen i akuttmeldingen gjeldende (www.jostedal.no/fodeaksjonen). I august 2002 ble det for alvor fart i gruppens arbeid, og aksjonen for fødeavdelingen spredde seg snart til hele Indre Sogn-regionen. Det ble blant annet gjennomført en underskriftskampanje, der 10 000 underskrifter ble samlet inn (ibid). Aksjonsgruppen opprettet også egne internettsider, der kampen for fødeavdelingen ble dokumentert.

Stortingspolitikerne fra regionen deltok også i debatten. Til Sogn Avis uttalte fire av fem Stortingsrepresentanter fra Sogn og Fjordane, den 24. august, at de klart var imot nedlegging av fødeavdelingen i Lærdal, og at de ville kjempe for å opprettholde fødetilbudet (ibid). Høyres representant, Sverre Hoddevik, var mer reservert, og uttalte at han ikke ville komme med noen bastant uttalelse så tidlig i prosessen (ibid).

¹⁰ Fritt sykehusvalg gjør at de fleste pasienter selv kan velge hvor de vil bli behandlet, opptaksområdet betegner i denne sammenhengen det sykehuset hvor pasienten tradisjonelt har sognet.

I desember 2002 var den foreløpige rapporten fra Helse Førdes arbeidsgruppe klar. Arbeidsgruppen kom til at det beste alternativet var en sykehusstruktur der fødeavdelingen på Lærdal ble opprettholdt (Helse Førde HF 2002:4). Dette ble begrunnet med at det var lite penger å spare på en nedleggelse, og at brukerne alt i alt ville tape på dette. Hensynet til brukernes trygghetsfølelse og et typisk ønske om å føde nær hjemstedet, ble vektlagt i avgjørelsen. Arbeidsgruppen påpekte at de ansattes behov for faglig oppdatering og trening kunne løses ved hospitering ved regionens større fødeavdelinger, og at avdelingen dermed ville innfri kompetansekravet til fødeavdelinger. Samtidig la gruppen til at det var faglig forsvarlig å opprette en fødestue i Lærdal, men at dette ville være et dårligere alternativ for brukerne (ibid:16).

Februar 2003 hadde prosjektgruppen i Helse Vest ferdigstilt sin funksjonsfordelingsplan for regionen. Gruppen tok utgangspunkt i sosialkomiteens akuttinnstilling (Innst. s. nr. 300), og kom til at antallet fødende på Lærdal var for lavt i forhold til kravene for en fødeavdeling. Det ble også påpekt at akuttkompetansen ikke var tilstrekkelig i forhold til styresmaktenes bestemmelser, blant annet hadde avdelingen for få gynekologer (Helse Vest RHF 2003:50). På dette grunnlaget tilrådte gruppen å omgjøre fødeavdelingen i Lærdal til en fødestue. En omgjøring ville samtidig redusere årlige driftskostnader med over 2 millioner kroner (ibid: 57). Innsparingene ville i hovedsak komme i form av reduserte lønnsutgifter, 4 jordmorstillinger/barnepleierstillinger og 2 gynekologstillinger kunne kuttes ved omgjøringen. Denne kostnadsreduksjonen ble ansett som nødvendig for å klare de økonomiske kravene som var blitt fremmet i styringsdokumentet for 2003.

Med bakgrunn i innstillingen fra prosjektgruppen i Helse Vest, vedtok styret i Helse Vest den 17. februar 2003 en rekke prinsipper for det videre funksjonsfordelingsarbeidet (Helse Vest RHF Sak 16/03B). Sentralt her var prinsippet om at sosialkomiteens kompetanseinndeling skulle legges til grunn for de endelige endringsforslagene.

I forbindelse med denne beslutningen organiserte *Lærdalsaksjonen* en demonstrasjon den 15. mars. Omkring 1000 personer deltok i demonstrasjonen. Demonstrantene

avsluttet med å overlevere en liste med 13 000 underskrifter til Helse Førdes nestleder, Kjell Opseth, med krav om at fødeavdelingen måtte opprettholdes (Marsdal 2003). Opseth imøtekom ikke aksjonistenes krav. Han påpekte at Stortingets føringer var klare, antallet fødende var for lavt til at en fødeavdeling kunne opprettholdes (Søreide og Sjursen 2003). Opseths synspunkt ble tilbakevist av stortingsrepresentantene fra Sogn og Fjordane. Representantene hevdet at sosialkomiteens og Helsetilsynets bestemmelser om et visst antall fødende på en fødeavdeling ikke var et absolutt krav. De påpekte at andre kriterier som blant annet reiseavstand også skulle telle med i en slik vurdering (ibid).

Den 19. mars 2003 sendte Helse Førde HF forslaget om funksjonsfordeling ut til høring (Helse Førde HF sak 021/03V). Det ble samtidig bestemt å sende en forespørsel til Helsedepartementet om hvorvidt en omgjøring av fødeavdelingen på Lærdal var i samsvar med styresmaktenes føringer.

Den 4. april dro aksjonister fra Lærdalsaksjonen til Oslo for å møte helseministeren. Aksjonistene krevde at fødeavdelingen skulle opprettholdes, og overleverte over 13000 underskrifter til støtte for kravet. På møtet lovte helseministeren at han skulle se på forslaget som var blitt framlagt av Helse Vest og Helse Førde, og at kvalitet og trygghet skulle være overordnet økonomiske hensyn i denne saken (Ottesen 2003).

Uttalelsene fra helseministeren fikk styrelederen i Helse Førde, Per Ytrehus, til å reagere. Til NRK i Sogn og Fjordane uttalte han: ”Dette er å spele svarteperspel, fordi helseministeren tidlegare har pålagt innsparingskrav, men så i ettertid seier at pengar ikkje skal bety noko” (Eikenes og Nyfløtt 2003).

I april 2003 ble *Jostedalsaksjonen* tilknyttet det nystartede nettverket ”*Folkebevegelsen for lokalsykehusene*”. Nettverket bestod av sju sykehusaksjoner fra distriktene, og aksjonsgruppa for Aker sykehus. Gruppens målsetning var primært å kjempe for akutt- og fødetilbud i distriktene (www.fjordinfo.no/forsvarsjukehuset). Dette målet skulle oppnås gjennom press mot sentrale beslutningstagere.

Lærdalsaksjonen hadde en sentral rolle i dette nettverket. Blant annet var Bente Øien Hauge fra Lærdal koordinator og talskvinne for nettverket.

I månedsskiftet april/mai, hadde Helse Førde fått høringsuttalelser fra flere instanser. Jordmorforeningen Sogn og Fjordane uttalte (Helse Førde HF 2003a: 12):

”Ved å omgjere fødeavdelinga ved LSH [Lærdal sykehus] til fødestove vil ein forringe fødetilbodet til kvinnene i regionen drastisk. Seleksjon av fødekvinne i svangerskapet kan ein til ei viss grad få til, men det vil få konsekvensar for dei selekterte kvinnene og deira pårørande om dei skal reise til FSS [Førde sentralsykehus] i god tid før fødsel eller om dei skal vente heime. For kvinner selekterte til fødsel på fødestove kan det oppstå komplikasjonar ein ikkje har forutsett. Mange kvinner vil velje seg vekk frå fødestove. Eit fåtal jordmødre ønskjer å arbeide ved fødestove.”

Fylkeslederen i Norges Sykepleierforbund skrev (ibid:10): ”Reduksjon i tal på fødeavdelingar vil gje eit dårlegare fødetilbod. NSF ønskjer å oppretthalde dagens tilbod”. Legeforeningen i Sogn og Fjordane uttalte (ibid:11): ”Sogn og Fjordane legeforening går mot å opprette fødestove i Lærdal og ev. på Nordfjordeid. Helse Førde står i valet mellom å oppretthalde fødeavdelingane eller legge dei ned”.

Den 26. mai møtte helseministeren 25 utsendinger fra ulike sykehusaksjoner, utsendingene var i hovedsak fra Vestlandet og i Nord- Norge. På møtet overleverte aksjonistene 133 000 underskrifter mot forslag om å svekke akuttberedskapen og fødetilbud i distriktene. I forkant av møtet hadde rundt 35 000 mennesker deltatt i lokale demonstrasjoner for å opprettholde sykehusstilbudene (Skjeseth 2003). Helseministeren uttalte på møtet at han synes noen av helseforetakenes forslag gikk alt for langt, og at han lovte politisk behandling av de ulike nedleggingsforslagene (ibid).

Med fem mot fire stemmer, vedtok styret i Helse Førde HF (sak 035/03V) den 28. mai 2003 at Lærdal skulle få en *forsterket fødestue*¹¹. Mindretallet ønsket å opprettholde fødeavdelingen¹². Et par uker seinere ble vedtaket også stadfestet av styret i Helse

¹¹ Den eksakte kompetansen en forsterket fødestue skal inneha er noe uklart. Helse Vest/-Førde legger i sitt vedtak opp til at en forsterket fødestue er jordmorstyrt, forsterket med gynekolog. Dette innebærer at kompetanse tilknyttet seleksjon av fødende blir oppgradert sammenliknet med kompetansen på en ordinær fødestue. I praksis betyr dette at et slikt tilbud kan ta imot en større andel fødende enn en ordinær fødestue. En ordinær fødestue kan kun ta imot 30 prosent av de fødende.

¹² Departementet hadde på dette tidspunktet ikke besvart henvendelsen om hvordan styresmaktenes føringer skulle forstås i forhold til fødeavdelingen på Lærdal.

Vest RHF (jf. Sak 056/03B). Begge instansene hadde tatt utgangspunkt i konklusjonene til Helse Vests arbeidsgruppe fra februar 2003. Særlig ble det lagt vekt på at hensynet til utnyttelse av medisinsk kompetanse ble dekket gjennom omgjøring til forsterket fødestue, og at endringen var nødvendig for å nå innsparingsmålene som var blitt påkrevd gjennom styringsdokumentet. Når det gjaldt hensynet til tilgjengelighet og trygghet for brukerne, ble det framhevet at dette ville løses gjennom en selektering av brukere, samtidig som syketransportsystemet skulle rustes opp (ibid).

Som en reaksjon på vedtaket sa seks av åtte jordmødre på fødeavdelingen i Lærdal opp sine stillinger, dette med virkning fra oktober. Av de to som ikke sa opp, var den ene i barselspermisjon, og den andre hadde plikttjeneste (Helse Førde HF 2003b: 11). Jordmødrene sa seg bare villige til å avbryte aksjonen dersom fødeavdelingen ble opprettholdt (Folkvord 2003).

Den 18. juni ble vedtaket om forsterket fødestue behandlet på foretaksmøtet. Utfallet av møtet var en prinsipiell tilslutning til Helse Vests vedtak. Helseministeren stilte imidlertid krav om at fødestuen måtte ha kompetanse for nødkeisersnitt, og at foretaket måtte utrede følgene av omorganiseringen i detalj (Helsedepartementet 2003b).

Mot slutten av oktober 2003 hadde styret i Helse Vest klargjort sitt omorganiseringsvedtak, og følgene av dette (sak 092/03B). I vedtaket var det klart at Lærdal skulle ha en forsterket, jordmorstyrt fødestue med en akuttberedskap i form av innleide kirurger og gynekologer fra 1. januar 2004 til 1. mars. Etter 1. mars ville den forsterkede fødestuen omgjøres til en ordinær fødestue, da styret anså kostnadene til innleie av kirurger og gynekologer som for stor. Grunnen til at helsepersonell måtte leies inn var at nesten ingen ansatte ved fødeavdelingen på Lærdal ville jobbe på, eller bistå, den planlagte fødestua (Helse Førde 2003b:11).

På nyåret 2004 kom avgjørelsen fra Helsedepartementet (Helsedepartementet 2004b). Departementet påpekte at det i hovedsak støttet vedtaket som var fattet av Helse Vest. Departementet gikk imidlertid mot at fødselstilbudet i Lærdal etter 1. mars 2004 skulle være uten kompetanse for nødkeisersnitt. I sitt vedtak skrev departementet at:

”Under forutsetning om at Helse Vest sikrer permanent beredskap for utførelse av nødkeisersnitt, bekrefter departementet med dette at forutsetningene fra foretaksmøtet 18. juni 2003 nå er oppfylt og at vedtaket om forsterket fødestue ved Lærdal sykehus i Helse Førde HF kan iverksettes”.

Sammen med departementets vedtak fulgte en uttalelse fra departementets ekspertorgan på omorganiseringer innen fødselsomsorgen, *Nasjonalt råd for fødselsomsorgen*. Rådet gikk god for både opprettelsen av forsterket fødestue, og opprettelsen av en ordinær fødestue (ibid).

I etterkant er det blitt påpekt at fødetilbudet i Lærdal i realiteten nesten var uendret, og det ble hevdet at den største endringen lå i navneskiftet (Ulvedal 2004). Direktøren på sykehuset i Lærdal, Leif Havnen, påpekte at sykehusets økonomi etter dette vedtaket ville bli svekket. Personalkostnadene ville være som før, men direktøren forventet lavere inntekter fordi færre ville føde på sykehuset (Eikenes og Longvastøl 2004).

4.3 Mot en ny struktur i Helse Øst

På slutten av 2001 nedsatte det nyoppnevnte styret i Helse Øst en arbeidsgruppe som skulle undersøke mulighetene for en rasjonalisering av helseregionens sykehusstruktur (Helse Øst RHF 2002a). Arbeidsgruppens rapport ble fremlagt for styret Helse Øst, den 21. mars 2002. Gruppen konkluderte med at omorganiseringsprosessen i regionen burde utredes videre i syv delprosjekter. Blant annet *Prosjekt hovedstadsområdet*, som skulle arbeide med: ”en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom sykehusene i” Oslo med omegn (ibid: 21), og *Prosjekt mjøsområdet*, der prosjektgruppen skulle utrede: ”... hensiktsmessig foretaksstruktur og oppgavefordeling for området” (ibid:22). Styret i Helse Øst tok forslagene fra prosjektgruppen til etterretning, og vedtok at arbeidet med de ulike delprosjektene skulle ledes av de lokale helseforetakene. De endelige forslagene skulle framlegges for styret i Helse Øst (Helse Øst RHF 2002b).

4.3.1 Fødetilbudet på Gjøvik

Fødeavdelingen på Gjøvik er en felles føde- og barselavdeling, som i 2002 tok imot ca. 900 fødende. Opptaksområdet er hovedsakelig Vestoppland med et innbyggertall

på ca 102 000 mennesker. Organisatorisk ble avdelingen underlagt Sykehuset Innlandet HF gjennom sykehusreformen.

4.3.2 Forslag om nedleggelse av fødetilbudet på Gjøvik

Tidlig i juli 2002 forelå rapporten fra Sykehuset Innlandets prosjektgruppe. Gruppen foreslo at det skulle arbeides videre med to modeller for reorganisering av regionens fødselsomsorg. Den første modellen innebar at fødselsomsorgsstrukturen i hovedsak forble uendret, mens den andre modellen ville resultere i en forholdsvis omfattende sentralisering av regionens fødetilbud (Sykehuset Innlandet 2002).

Utover høsten 2002 tok arbeidet med oppgave – og funksjonsfordelingsprosjektet for alvor til. På fødeavdelingen i Gjøvik ble prosjektgruppens arbeid møtt med skepsis, og det var en utbredt oppfatning at avdelingen sto i fare for å bli nedlagt. I november 2002 organiserte de ansatte ved sykehuset en aksjon med to proteststands der de samlet inn underskrifter for at fødeavdelingen skulle opprettholdes (Morken 2002).

I desember 2002 avga prosjektgruppen i Sykehuset Innlandet sin innstilling til administrasjonen i Helse Øst. Prosjektgruppen hadde ikke kommet til enighet om noen samlet innstilling. Flertallet gikk inn for å samle fødselsomsorgen i regionen på et sykehus med kvinneklinikk og barneavdeling, mens regionens resterende fødetilbud skulle legges ned eller omgjøres til fødestuer. Mindretallet ønsket ingen større endring i regionens fødselsstruktur (Helse Øst RHF 2002c). Styret i Helse Øst godkjente den foreløpige rapporten, og vedtok at denne skulle danne grunnlaget for helseforetakenes videre arbeid med prosjektet (Helse Øst RHF sak 177 – 2002).

Den 19. mars organiserte en bredt sammensatt aksjonsgruppe, med blant annet ansatte fra fødeavdelingen, et fakkeltog for å bevare avdelingen på Gjøvik. I fakkeltoget deltok omkring 900 personer. Aksjonen ble avsluttet med en overlevering av 6900 underskrifter til Sykehuset Innlandets direktør, Torbjørn Almlid (Andersen 2003a).

På foretaksmøtet den 11. juni 2003 ble helseministeren orientert av Helse Øst om regionens foreløpige funksjonsfordelingsplan. Helseministeren avgjorde at Helse Øst

måtte utrede følgene av sine forslag mer detaljert, særlig i forhold til Helseforetakslovens § 30, - de samfunnsmessige virkningene av vedtaket.

Samtidig med dette kom Norsk Sykepleierforbund i Sykehuset Innlandet med en høringsuttalelse der de uttalte seg om den foreliggende prosessen (NSF 2003):

”... opprettholdelse av dagens organisering, [...] er eneste mulighet til å opprettholde et differensiert og desentralisert tilbud til de fødende i Sykehuset Innlandet HF. Denne modellen opprettholder kravet til nærhet og tilgjengelighet, samtidig som den er faglig forsvarlig”.

Den 26. juni 2003 vedtok styremøtet i Helse Øst at fødetilbudet i Sykehuset Innlandet skulle organiseres slik at: ”det blir faglig differensiert med minimal duplisering av tilbudet” (Helse Øst RHF, sak 081 – 2003). Videre ble det bestemt at fagmiljøene skulle styrkes, og at effektiviseringspotensialet som ble påvist ved tidligere utredninger skulle realiseres. Vedtaket gjorde det klart at det videre arbeidet med fødselsomsorgens struktur skulle konsentreres om en sentralisering av regionens fødeinstitusjoner.

På styremøtet i Sykehuset Innlandet HF den 6. oktober 2003 ble det endelige forslaget om ny sykehusstruktur for regionen lagt fram. I alt forelå det fem forslag for reorganisering av regionens sykehusstruktur, alt fra status quo til radikale endringer. Forslaget som vant frem ble kalt *justert modell fire*, og gikk ut på at fødeavdelingen på Gjøvik skulle legges ned, samtidig som fødetilbudet på Lillehammer skulle styrkes med en kvinneklinikk (Sykehuset Innlandet 2003). Forslaget ble begrunnet med at omleggingen generelt ville bedre tilbudet til brukerne, selv om reiseavstanden for mange ville øke med opptil 45 km (ibid: 47). Bedringen lå i at den faglige kvaliteten ville bli styrket på Lillehammer, dette som en følge av at den nye strukturen ville etablere sterkere og mer robuste fagmiljøer. Det ble også beregnet at den nye sykehusstrukturen ville gi årlige innsparinger på 15 – 20 millioner (ibid: 48). Forslaget ble vedtatt med dissens fra to styremedlemmer. Disse var henholdsvis Bjarne Gravdal, eneste styremedlem fra distriktet, og Solveig Strand som var brukerrepresentant (Andersen 2003b). Ti dager senere, den 16. oktober, ble vedtaket stadfestet av styret i Helse Øst (Helse Øst RHF, sak 131 – 2003).

Vedtaket ble møtt av massiv motstand i Gjøvik og omegn. Det ble arrangert demonstrasjoner både før og etter styremøtet. I en demonstrasjon i forkant av styremøtet deltok 3500 personer. Stortingspolitikere fra regionen gikk dessuten sterkt ut mot forslaget (Andersen 2003c). Stortingspolitikker og vararepresentant fra Oppland, Reidun Gravdahl (A), spurte 3. oktober helseministeren om han ville gripe inn og redde fødetilbudet på Gjøvik (Dok. nr. 15 2003). Høyres representant fra Oppland, Olemic Thommesen, uttalte til Oppland Arbeiderblad (Andersen 2003b): ”at Høyre i Oppland har engasjert seg for å opprettholde et fødetilbud i begge byene. I tråd med dette vil jeg gjennom mine kanaler jobbe for å få gjennomslag for dette”.

Den 5. november, dagen før helseministeren skulle møte styret i Helse Øst, ble ministeren møtt med en rekke kritiske spørsmål i Stortingets spørretime. Sosialkomiteens leder, John Alvheim (FrP), spurte om helseministeren: ”vil roe ned denne omstrukturingsiveren som nå foregår i helseforetakene?” (Stortinget 2003b), og relaterte dette til forslaget om å legge ned fødeavdelingen på Gjøvik. Senterpartiets stortingsrepresentanter fulgte opp med en rekke kritiske spørsmål om foretakenes nedleggingsforslag og følgene av disse, deriblant Inger Enger fra Opplandsbenken. Særlig fokuserte representantene på problematikken knyttet til nedlegging av føde – og akuttilbud i distriktene (Øverland 2003). Samme dag uttalte også John Alvheim til Oppland Arbeiderblad (Hansen 2003) at: ”Fødeavdelingen på Gjøvik vil ikke bli lagt ned. Den får dere beholde. Der har jeg gjort en god jobb for å si det selv”.

På det ekstraordinære foretaksmøtet 6. november 2003 gikk Helseminister Dagfinn Høybråten inn for å opprettholde fødetilbudet på Gjøvik. Helseministeren begrunnet dette med at fødeavdelingen på Gjøvik fullt ut oppfylte de faglige kravene til et slikt fødetilbud. Det ble gjennomført rundt 850 fødsler i året på Gjøvik, et antall som var godt innenfor det kravet Stortinget hadde stilt for fødeavdelinger. Samtidig framhevet helseministeren at avdelingen var godt drevet og veletablert, slik at alle faglige hensyn fullt ut ble ivaretatt (Helsedepartementet 2003c).

Sammen med avgjørelsen fra helseministeren fulgte også en uttalelse fra *Nasjonalt råd for fødselsomsorgen*. Rådet uttalte at det var faglig forsvarlig å legge ned

fødeavdelingen på Gjøvik, og at den økte reiseavstanden fra Gjøvik til Lillehammer ikke innebar noen ekstra risiko for de fødende (ibid).

Kort tid etter helseministerens avgjørelse gikk styreleder i Sykehuset Innlandet, Peter Pay, av. Han begrunnet dette med at helseministerens beslutning ikke var faglig begrunnet, men rent politisk fundert (Berntsen 2003).

4.3.3 Aker Universitetssykehus

Aker Universitetssykehus ble omgjort til et eget helseforetak under navnet Aker Universitetssykehus HF den 1. januar 2002. Sykehusstilbudet på Aker skulle dekke bydelene nordøst i Oslo. Opptaksområde for fødetilbudet omfattet et geografisk område med ca 80 000 innbyggere. Fødeavdelingen tok imot ca 1800 fødsler i 2002, et flertall av disse ble mottatt på den vanlige fødeavdelingen, mens ca. 350 fødsler ble foretatt på en spesialisert ABC – enhet¹³.

4.3.4 Nedleggelsen av fødetilbudet på Aker Universitetssykehus

I juli 2002 ble den foreløpige utredningen om fødselsstrukturen i hovedstadsområdet offentliggjort (Helse Øst RHF 2002d). Utredningen konkluderte med at det var gode forutsetninger for endringer av sykehusstrukturen i regionen. Spesielt anså utvalget at elektiv virksomhet burde samles i større enheter. Gevinstene her ville være både faglige, gjennom samling av kompetanse, og økonomiske, gjennom mer effektiv bruk av ressurser (ibid). Når det gjaldt fødeavdelingen på Aker konkluderte utvalget med at: ”det er en økonomisk gevinst ved å stenge fødeavdelingen på Aker pga. reduksjon av vaktteam og reduksjon av kostnader ved å drive en enhet mindre” (ibid: 20). I rapporten ble det bemerket at fødeavdelingen på Aker var et velfungerende og populært konsept, men at det ikke ble ansett som noe problem å overflytte dette konseptet til et annet sykehus (ibid).

¹³ En ABC-enhet er et fødetilbud for kvinner med et normalt svangerskap som vil føde uten bruk av smertelindrende medikamenter. Eventuell smertelindring gjennomføres ved hjelp av alternative metoder som akupunktur (Løken 2003).

Den 5. august 2002 avga Aker sykehus høringsuttalelse om konklusjonene fra prosjektgruppen. Administrerende direktør, Kari Sletnes, gikk her hardt ut mot prosjektgruppens forslag. Blant annet trakk hun frem at Aker sykehus og hovedstatsregionen hadde hatt en kraftig økning i antallet fødende de siste årene. En nedlegging av fødeavdelingen kunne dermed føre til for liten sengekapasitet i Oslo. Hun påpekte også at fødetilbudet på sykehuset var veldrevet, og at den spesialiserte ABC – enheten på Aker kunne bli skadelidende ved flytting til et annet sykehus (Aker universitetssykehus HF 2002, punkt.3.3).

Fra lokalt hold ble det også protestert mot forslaget. *Aksjonsgruppa Redd ABC - avdelingen* holdt 2. september en markering mot forslaget om å legge ned føde- og ABC-avdelingen på Aker. Aksjonsgruppen ble ledet av avdelingens brukere, men de ansatte deltok også (jf. <http://www.home.no/reddabc/filer/Samledokument.doc>). På markeringen møtte det opp ca. 200 personer, og det ble holdt appeller fra Jordmorforbundet og Olav Gunnar Ballo, som representerer SV i sosialkomiteen (litteraturliste: redd abc-avdelingen).

På Stortinget ble det vist en viss interesse for den foregående prosessen rundt fødetilbudet på Aker. Britt Hildeng (A), fra Oslobenken på Stortinget, stilte 12. oktober 2002 et spørsmål til helseministeren der hun ga uttrykk for bekymring for at fødetilbudet på Aker kunne bli nedlagt (Dok. 15 Spm. 2002).

I desember 2002 framla prosjektgruppen for fødselsomsorgen i hovedstadsområdet og Akershus sin innstilling til administrasjonen i Helse Øst. I innstillingen ble det foreslått at fødetilbudet på Aker sykehus skulle legges ned. Forslaget ble begrunnet med at Oslo allerede hadde mange fødetilbud, og at et kutt i antallet ville spare ressurser (Helse Øst RHF 2002c). På Helse Østs styremøte 17. desember ble prosjektgruppens innstilling vedtatt som ramme for det videre arbeidet mot ny helseforetaksstruktur (jf. Sak 177/2002).

Våren 2003 var det klart at alt talte for en nedleggelse av fødeavdelingen på Aker. Direktøren ved Aker oversendte den 23. mai 2003 i den forbindelse en ny uttalelse til

Helse Øst. Hun pekte her på at det faglige miljøet kunne bli skadelidende ved avvikling av fødeavdelingen, først og fremst på grunn av spredning av den spesielle kompetansen som var bygd opp ved sykehuset (Aker Universitetssykehus HF 2003).

Regiontillitsvalgt for jordmorforeningen (2003) avga en høringsuttalelse et par uker senere, og gjorde det klart at foreningen gikk i mot å legge ned Aker: "Vi kan vanskelig se at de foreslåtte endringene verken er i tråd med faglige krav til fødeinstitusjoner eller vil bidra til måloppnåelsen skissert i mandatet".

På foretaksmøtet i Helse Øst den 11. juni 2003 ble helseministeren orientert om de planlagte endringene for fødselsomsorgen i hovedstadsområdet. På møtet bestemte ministeren at Helse Øst etter sitt styremøte den 26. juni 2003 skulle informere departementet med hensyn til: "opplysninger og vurdering av om det er forhold ved de retningslinjer som trekkes opp som omfattes av helseforetakslovens § 30 eller andre bestemmelser i helseforetaksloven" (Helsedepartementet 2003d).

På styremøtet i Helse Øst den 26. juni ble forslaget om ny struktur på fødselsomsorgen i hovedstadsregionen lagt fram for styret (sak 081 – 2003). Her ble det vedtatt at fødetilbudet på Aker sykehus skulle overføres til de andre sykehusene i hovedstadsområdet, dette gjaldt både for lavrisikofødslene og ABC – enheten.

I et brev fra Helsedepartementet 19. august ble det klart at forslaget om endringer av struktur og organisering skulle stadfestes av foretaksmøtet (Helsedepartementet 2003d), slik tilfellet hadde vært med Helse Vest. I brevet ble det også stilt krav om en klargjøring av hvordan vedtakene konkret skulle følges opp, særlig med hensyn til pasientstrømmene i Oslo – området (ibid).

Den 6. november 2003 ble det endelige forslaget om endringene i fødselsomsorgen, med de ytterligere utredningene departementet hadde bedt om, tatt opp på foretaksmøtet. Helseministeren stadfestet på møtet at fødeavdelingen ved Aker skulle avvikles, og at de fødende skulle overføres til andre fødeavdelinger i regionen.

Nasjonalt råd for fødselsomsorgen uttalte seg også om dette vedtaket. Her framkom det at rådet ikke hadde betenkeligheter med overføringen av ABC-avdelingen til Ullevål. Når det gjaldt overføringene av lavrisikofødsle fra Aker til regionens andre fødeinstitusjoner, og innvendingene fra flere om kapasitetsproblemer i fremtiden, påpekte rådet og Helsedepartementet at de: ”legger til grunn at Helse Øst overvåker utviklingen nøye, slik at det er tilstrekkelig kapasitet til å håndtere svingninger i fødselstallet” (Helsedepartementet 2003d).

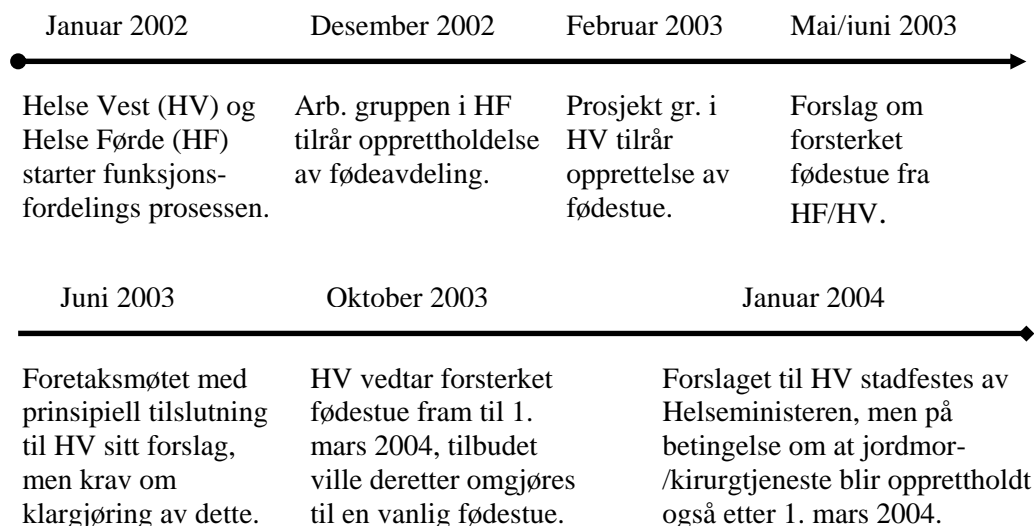
Debatten rundt nedleggingen av fødeavdelingen på Aker sykehus stoppet ikke med vedtaket på foretaksmøtet. Nedleggingsmotstanderne håpet på en ny vurdering av spørsmålet i forbindelse med budsjettinnstillingen for 2004¹⁴. Blant annet gikk Stortingspolitiker Britt Hildeng (A) igjen hardt ut mot den forestående nedleggingen av fødeavdelingen. Her kritiserte hun forslaget, særlig fordi avdelingen på Aker hadde: ”landets beste renommé innen utprøving og utvikling av fødselsomsorgen”. I tillegg trakk hun frem at Ullevål sykehus, som etter planen skulle ta imot noen av Akers fødende, allerede hadde sprengt sine kapasitetsrammer (Ragnif 2003). Helsebyråden i Oslo, Margaret Eckbo (Frp), tok opp denne tråden, og påpekte at vedtaket ville medføre at mange fødende etter dette trolig måtte føde utenfor Oslo (Herbjørnsrud 2003).

Protestene hadde ikke innvirkning på det endelige utfallet av prosessen. Fødeavdelingen på Aker ble lagt ned i mai 2004.

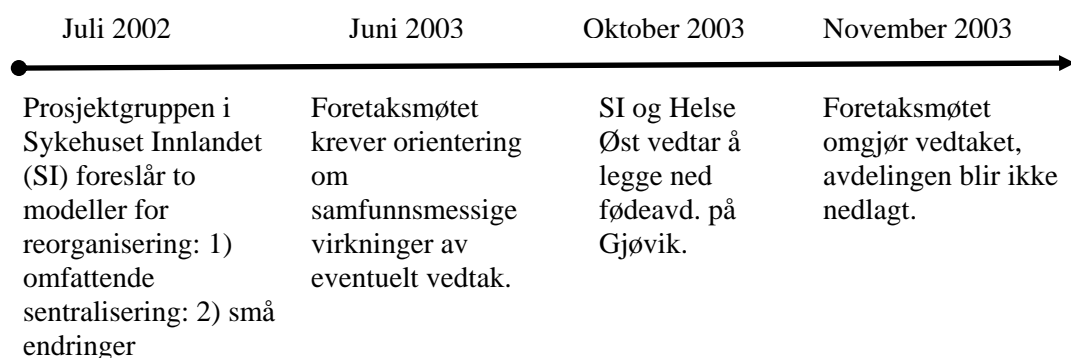
¹⁴ I innstillingen ble det vedtatt å styrke helseforetakenes økonomi, noe som sannsynligvis hadde sammenheng med bekymringer rundt de omfattende endringer innen føde- og akutttilbudet (se kapittel 4.1).

4.4 Oppsummering av prosessene

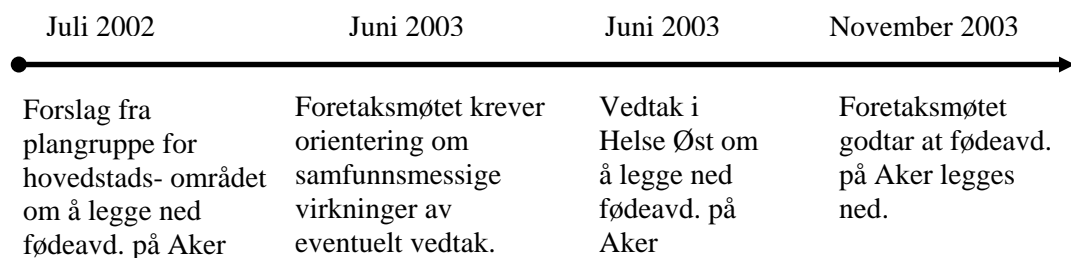
Figur 2. Tidslinje for prosessen rundt fødselstilbudet i Lærdal.



Figur 3. Tidslinje for prosessen rundt fødetilbudet på Gjøvik



Figur 4. Tidslinje for prosessen rundt fødetilbudet på Aker



5. Analyse og drøfting av hypotesene

I dette kapittelet skal jeg analysere og drøfte empirien opp mot de forventninger jeg utledet i teorikapittelet. Kapittelet er strukturert i tre deler der jeg analyserer empirien under hvert av de tre teoretiske perspektivene. Under analysen vil jeg også undersøke alternative forklaringsmodeller, og trekke frem interessante funn. Kapittelet vil avsluttes med en samlet vurdering av teoriene.

5.1 Prinsipal- agentteori og kontraktstyring

En forventning som kan utledes fra dette perspektivet er at agentens¹⁵ handlinger vil være styrt av egeninteresse, og at atferden derfor er nyttemaksimerende (Boston m.fl. 1996). Et utslag av dette er at agenten ikke nødvendigvis handler i prinsipalens interesser, dette betegnes gjerne som *agentproblemer*. I perspektivet fremheves det at disse agentproblemene kan løses gjennom riktig kontrakt design. Det sentrale analysefokus i perspektivet er derfor *kontrakten* mellom agent og prinsipal. Kontrakten er i denne sammenheng ment å erstatte den tradisjonelle byråkratiske styringen som utøves gjennom hierarkisk kommando- og kontrollvirksomhet (Martin 1995).

I styringsmodellen som ble etablert ved sykehusreformen var kontrakten (styringsdokumentene) dermed det virkemiddelet som skulle få helseforetakene til å handle i henhold til myndighetenes preferanser. Gjennom finansieringssystemet (ISF) hadde helseforetakene insentiv til å arbeide for en effektiv sykehusstruktur. Denne antagelsen er egnet til å styrkes siden kontrakten sannsynligvis hadde en generell målstruktur, og at foretakene dermed kunne utnytte det ekstra handlingsrommet kontrakten tilsynelatende la opp til. Når da to av helseforetakenes

¹⁵ I det følgende vil jeg i en viss utsterkning benytte begrepet prinsipal om Stortinget og helseministeren, begrepet agent vil benyttes om helseforetakene.

reorganiseringsforslag ikke ble gjennomført, indikerer dette at foretakene overfortolket kontraktens reorganiseringsmandat. Av den grunn godtok ikke prinsipalen forslagene. Med dette som utgangspunkt etablerte jeg en forventning om at **H1: Egenskaper ved kontrakten og agenten førte til at kontraktens reorganiseringsmandat ble overfortolket.**

Gitt at kontrakten i utgangspunktet sammenfalt med prinsipalens preferanser, vil en logisk følge av overfortolkning av mandatet være at prinsipalen(e) (helseministeren, Stortinget) motsatte seg foretakenes planer.

Hypotesens betingelser er vanskelig å teste empirisk, siden denne studien i liten grad omfatter empiri knyttet til *egenskaper* ved helseforetakene. Egenskapene ved kontrakten er for øvrig mulig å si noe om på bakgrunn av empirien, men den interessante og kritiske testen er å undersøke om kontraktens reorganiseringsmandat faktisk ble overfortolket. Studiens empiri gir et godt grunnlag for å undersøke dette spørsmålet. Før spørsmålet kan besvares, må jeg undersøke i hvilke caser prinsipalen(e) ikke bifalt foretakenes reorganiseringsforslag. Fra empirikapittelet er det tydelig at helseministeren stadfestet forslaget om å legge ned fødeavdelingen på Aker, mens forslaget om å legge ned avdelingen på Gjøvik ble avvist. Hvordan ministeren forholdt seg i forhold til Lærdalscasen, er imidlertid uklart. Jeg skal i det følgende se nærmere på dette.

For å klargjøre dette må vi se på hva som skjedde i perioden forut for foretaksmøtet i Helse Vest den 18. juni 2003. Fram til og med høringsprosessen i april/mai var det tydelig at helseforetakene, Helse Vest og Helse Førde, gikk inn for å opprette en *enkel fødestue* i Lærdal. Konklusjonene fra arbeidsgruppen til Helse Vest og høringsuttalelsene vitner om dette. Foretakenes vedtak i mai/juni om *forsterket fødestue*, kommer derfor overraskende. Ikke bare på grunn av den hurtige holdningsendringen, men også fordi en omgjøring til forsterket fødestue trolig ville innebære et like kostbart fødetilbud som før. Mye tyder imidlertid på at holdningsendringen kan knyttes til uttalelser helseministeren kom med i denne perioden. I møtet med Lærdalsaksjonistene i april, og i møtet med sykehusaksjonistene

i slutten av mai, ga ministeren klart uttrykk for at han ikke ville godta det foreliggende forslaget om en enkel fødestue i Lærdal. At ministerens uttalelser ble oppfattet som et press mot foretakene, blir bekreftet av uttalelsene til styrelederen i Helse Førde. Styrelederen kritiserte helseministeren for å drive et svarteperspill, ved at han først påla et innsparingskrav, for deretter å hevde at penger ikke skal bety noe (Eikenes og Nyfløtt 2003). Foretakenes vedtak om å opprette en forsterket fødestue, kan dermed forstås som en forkjøpsstrategi for å unngå et nederlag på foretaksmøtet. I praksis fungerte dermed helseministerens utspill som en omgjøring av foretakenes forslag.

Helseministeren var altså i mot nedlegging av fødeavdelingene på Gjøvik og Lærdal. Spørsmålet som dernest må stilles er om denne motstanden kan knyttes til en overfortolkning av kontrakten.

5.1.1 Overfortolket helseforetakene reorganiseringsmandatet i kontrakten?

Styringsdokumentene er et naturlig utgangspunkt for en nærmere gjennomgang av reorganiseringsmandatet til helseforetakene. I styringsdokumentet for 2002 ble det fremhevet at foretakene skulle starte arbeidet med en: ”organisatorisk struktur som gir effektiv utnyttelse av samlede ressurser” (Sosial- og helsedepartementet 2001 punkt 3.2). Styringsdokumentet stilte videre strenge budsjettkrav til helseforetakene (ibid punkt 4.1), dette var knyttet til en eksplisitt forutsetning om at foretakene dermed måtte effektivisere sin sykehusstruktur. En kilde som ytterligere kan belyse dette mandatet er sosialkomiteens uttalelser og signaler på området¹⁶. Gjennom innst. S. nr. 300 (2000 – 2001) la sosialkomiteen opp til en forholdsvis omfattende strukturendring av fødselsomsorgen. Komiteen påpekte at dette var nødvendig fordi fødselsomsorgen i utkantstrøkene var svært desentralisert. Situasjonen førte til at den medisinske kompetansen var for spredt, et utfall av dette var problemer med å rekruttere tilstrekkelig med medisinsk personale. På dette grunnlaget gikk komiteen derfor inn

¹⁶ Styringsdokumentene skulle som nevnt bygge på Stortingets (og sosialkomiteens) vedtak og signaler, dermed er uttalelser, signaler og forslag fra komiteen nødvendig for å forstå kontrakten (se kapittel 2.2).

for tre kompetansenivåer innen fødselsomsorgen, blant annet ble det stilt krav om at en fødeavdeling måtte ha minst 400 fødsler.

Styringssignalene fra sosialkomiteen og styringsdokumentene sett under ett kan dermed sies å ha lagt tydelige føringer for at foretakene skulle effektivisere strukturen på fødselsomsorgen, særlig gjaldt dette for utkantstrøkene. Samtidig ble det hevdet et prinsipp om at fødselsomsorgen fortsatt skulle være desentralisert. Dette prinsippet ble framholdt flere ganger av de folkevalgte, blant annet i akuttinnstillingen (ibid), under sosialkomiteens behandling av revidert nasjonalbudsjett for 2002 og budsjettinnstilling for 2003. Foretakene sto dermed overfor en avveining mellom disse to hensynene. En mulig løsning som ble framholdt av sosialkomiteen i denne sammenhengen var fødestuemodellen (Innst.S.nr.243 (2001-2002):11; B.innst.S.nr.11 (2002-2003): 80-82).

Hvordan kan så disse styringssignalene vurderes konkret i forhold til forslaget om å etablere en enkel fødestue i Lærdal?

Det er klart at dette forslaget ville innebære en betydelig lengre reisevei for et flertall av de fødende i Lærdal¹⁷. En slik løsning ville dermed gå mot målet om en desentralisert struktur på fødselsomsorgen.

På den annen side ble det ved flere tilfeller stilt krav om at helseforetakene måtte spare penger, i fortsettelsen av dette la myndighetene tydelige føringer på at strukturen innen fødselsomsorgen måtte effektiviseres. En omlegging til fødestue i Lærdal ville kutte kostnader med omkring 2 millioner årlig, og omgjøringen ville styrke den faglige kompetansen på fødeavdelingen i Førde. Fødeavdelingen i Lærdal lå samtidig langt under sosialkomiteens krav om 400 fødende for en fødeavdeling. Avdelingen hadde 230 fødende i 2002. Nå ble det fastslått av komiteen at kravet om antall fødsler ikke var absolutt (se kapittel 2.3). Men i denne sammenhengen var antallet fødende i Lærdal så langt unna kravet som ble stilt, at foretakene ikke kunne forventes å ta

¹⁷ En fødestue kunne bare ta imot 30 prosent av de fødende (Helse Førde HF 2003: sak 035/03V).

hensyn til dette. Fødeavdelingen hadde heller ikke nok gynekologer i forhold til de faglige kravene til en fødeavdeling (Helse Vest RHF 2003: 50).

Utover dette er uttalelsen fra *Nasjonalt råd for fødselsomsorgen* interessant å trekke frem her. Først og fremst fordi rådet var departementets ekspertorgan på reorganiseringene innen fødselsomsorgen, men også fordi det er rimelig å anta at rådet ikke hadde insentiv til å overfortolke reorganiseringsmandatet. Når rådet går god for opprettelsen av en enkel fødestue i Lærdal (Helsedepartementet 2004b), tyder dette på at Helse Vests forslag fra våren 2003 var innenfor kontraktens rammer. Denne antagelsen styrkes ytterligere ved at sosialkomiteen selv ga signaler om at fødestuemodellen var en god løsning for utkantstrøkene.

Samlet sett er det klart at Helse Vest/Førdes planer om å omgjøre avdelingen til en enkel fødestue, var innenfor rammen av kontrakten som ble fremmet fram til våren 2003.

Når det gjelder spørsmålet om nedleggingen av fødetilbudet på Gjøvik taler noen momenter for at helseforetaket her overfortolket sitt mandat. Målsetningen om et desentralisert fødselstilbud ville rammes ved en nedlegging, dette fordi de fødende på Gjøvik ville få lenger avstand til nærmeste fødetilbud (opptil 45 km). Dessuten lå fødetilbudet i Gjøvik allerede innenfor rammene av sosialkomiteens kompetansenivå for fødeavdelinger. Dette var noe helseministeren la vekt på da han påpekte at avdelingen oppfylte de faglige kravene til en fødeavdeling (Helsedepartementet 2003c).

På den annen side virker normtallet og de faglige kravene som ble stilt for de ulike fødetilbudene, ikke så relevant i forhold til spørsmålet om nedleggelse. Sosialkomiteens kompetanseoppdeling ble ikke knyttet til noe krav om at fødetilbud ikke kunne bli nedlagt dersom kompetansekravene var innfridd. Verken i styringsdokumentene eller på foretaksmøtene (forut for foretaksmøtet 6.11.03) ble dette framsatt som noen krav til reorganiseringsprosessene. Dersom dette var et krav, virker helseministerens stadfestelse av nedleggingen av fødeavdelingen på Aker

påfallende. Avdelingen på Aker lå også innenfor rammen av sosialkomiteens kompetansekrav, samtidig oppfylte avdelingen intensjonen om faglig spesialisering på grunn av sin ABC-enhet. Av den grunn skulle det forventes en likebehandling av avdelingene.

Derimot var det en hensikt bak sykehusreformen at sykehusstrukturen skulle effektiviseres, og at helseforetakene skulle kutte kostnader. I styringsdokumentene for perioden ble det forutsatt at noen sektorer skulle være unntatt innsparingstiltakene. Et eksempel på dette var psykiatrien (Helsedepartementet 2002: 18-19). Noe tilsvarende krav for fødselsomsorgen ble ikke stilt.

Når det gjelder argumentet om økt reiseavstand, er det usikkert om dette bør ha noen avgjørende betydning. Mjøsregionen har forholdsvis god veistandard, og veiene blir sjelden stengt på grunn av værforhold og liknende. En økning av reiseavstanden på opptil 45 km kan dermed ikke oppfattes som et tungtveiende argument for å opprettholde en avdeling på Gjøvik. *Nasjonalt råd for fødselsomsorgen* oppfattet heller ikke den økte reiseavstanden som noe problem, og rådet gikk samtidig god for nedleggingen av avdelingen (Helsedepartementet 2003c).

Helse Øst og Sykehuset Innlandets avgjørelse om å legge ned fødeavdelingen på Gjøvik kan dermed antas å ha ligget innenfor rammen av kontrakten.

En gjennomgang av de casene der helseministeren ikke bifalt helseforetakenes forslag, viser at foretakene holdt seg innenfor rammene av kontrakten. **H1 kan dermed ikke støttes.**

5.1.2 Hva kan forklare helseministerens omgjøring?

Et spørsmål som dukker opp i fortsettelsen av denne analysen er hva som kan forklare at helseministeren ikke bifalt foretakenes forslag. Ettersom helseforetakene handlet i samsvar med kontrakten, kan dette antyde at kontrakten ikke var i samsvar med prinsipalens preferanser. Vi skal i der følgende undersøke dette mer inngående.

Fram til og med budsjettbehandlingen og styringsdokumentene for 2003 var det forholdsvis få indikasjoner på at prinsipalene var kritiske til restruktureringsprosessene. I Lærdal ser vi at stortingsrepresentantene fra Sogn og Fjordane gikk imot nedlegging av fødeavdelingen. I sosialkomiteen påpeker et mindretall (Ap, SV og Sp) at de var skeptiske til de foreliggende planene (B.innst.S.nr.11 (2002-2003): 82). Utover våren og høsten 2003 er det klart at flere stortingspolitikere og helseministeren er kritiske til de prosessene som foregår i helseforetakene. Særlig interessant her er kritikken fra stortingspolitikere fra partiene som var for sykehusreformen. Det vil være naturlig å forvente at disse politikerne hadde høy terskel mot å gå ut offentlig og kritisere utfallet av en reform de selv nylig hadde vedtatt. Ikke minst kan kritikken fra arbeiderpartipolitikere og høyrepolitikere tolkes som at motstanden mot helseforetakenes forslag var sterk på Stortinget (se kapittel 4). Helseminister Dagfinn Høybråten (KrF) signaliserte også skepsis til foretakenes planer. Etter møtet med Lærdalsaksjonistene i april 2003, påpekte han at kvalitet og trygghet skulle være overordnet økonomiske hensyn i denne saken. Dette var noe han gjentok i møte med sykehusaksjonistene den 26. mai.

Budsjettdebatten for 2004 viser også denne holdningsendringen. Her gir komiteen klart uttrykk for at de er skeptiske til endringer i føde- og akuttberedskapen, og forslagene til Helse Vest nevnes spesielt (Stortinget 2003: 1079, 1093). Alvheims uttalelse i samband med spørsmål om nedleggelse av fødeavdelingen på Gjøvik antyder at det var en tilsvarende motstand i denne casen (Hansen 2003).

Omgjøringen av foretakenes vedtak kan dermed knyttes til at de folkevalgte og helseministeren endret sine preferanser og målstrukturen i løpet av prosessen. Utfallet av dette var dermed at prinsipalens preferanser etter hvert ikke samsvarte med den initielle kontrakten. Dette funnet er interessant i forhold til prinsipal-agentperspektivet. Teorien har en tendens til å fokusere på opportunistisk atferd fra agenten, uten at prinsipalens rolle i denne relasjonen problematiseres (Boston m.fl. 1996: 32). Min analyse viser at perspektivets fokus på agenten som kilde til problemer,

ikke alltid er riktig. I dette tilfellet så vi at styringssvikten kunne tilbakeføres til prinsipalen(e).

5.2 Institusjonell modell, kulturen i sykehussektoren

Utgangspunktet for dette perspektivet er at organisasjoner oppfattes som noe mer enn instrumenter for oppgaveløsning (Seleznick 1957). Organisasjoner innehar, i varierende grad, en distinkt kultur. Sentralt ved denne kulturen er eksistensen av et eget normsystem som danner rammen for aktørenes handlinger og oppfattninger innen institusjonen. Dette blir gjerne kalt *logic of appropriateness* (March og Olsen 1989). På bakgrunn av denne logikken må reformer og endringsforslag gjennomgå en såkalt *kompabilitetstest* (Christensen m.fl. 2004; Røvik 1998). Dersom normene som kan knyttes til endringsforslaget ikke er kompatible med institusjonens normer, kan en forvente at endringsforslaget blir møtt med motstand fra aktørene i institusjonen.

Med bakgrunn i teorien etablerte jeg en forventning om at forslaget om nedleggelse (omgjøring) av fødetilbud ikke ville bli godtatt av de ansatte på fødeavdelingene. Grunnlaget for forventningen var helsepersonells norm om individuell frihet for behandling av pasienter, uten at dette skulle begrenses av budsjetter og effektivitetstankegang (Kjekshus og Nordby 2004). Siden casene hadde ulike utfall, ville en forventning være at dette kunne knyttes til at robustheten i organisasjonskulturen på fødeavdelingene varierte. Jeg identifiserte indikatoren *størrelse*, operasjonalisert som antallet ansatte (helsepersonell) på de ulike avdelingene, som en mulig forklaringsvariabel på denne variasjonen. Dette var dermed en test på om en institusjons *størrelse* kan forklare dens evne til å yte motstand mot et endringsforslag. Med dette som utgangspunkt etablerer jeg hypotesen **H2: Sterkere kultur, målt i antall ansatte, svekker muligheten for organisatoriske endringer.**

Jeg skal i denne analysen gjennomgå nedleggingsmotstanden på avdelingene hver for seg. Avslutningsvis skal jeg trekke frem noen alternative forklaringer.

Fra teoribidraget etablerte jeg en forventning om at de sterkeste motstanden skulle komme fra den største fødeavdelingen. Jeg skal derfor starte med å gjennomgå prosessen rundt fødeavdelingen på Aker.

En gjennomgang av empirien viser at de ansatte på Aker på egenhånd ikke ledet noen aksjon mot nedleggelse av fødeavdelingen. Aksjonskomiteen for aksjonen *Redd ABC/fødeavdelingen* bestod av tre brukerrepresentanter og en jordmor (<http://www.home.no/reddabc/filer/Samledokument.doc>). De ansatte kan dermed ikke sies å ha hatt noen ledende rolle i aksjonsgruppen. I empirikapittelet identifiserte jeg bare en aksjon mot nedleggelse av avdelingen. Av empirien framkommer det at de ansatte deltok på aksjonen eller markeringen, men heller her ikke ser det ut til at de spilte noen ledende rolle (<http://www.home.no/reddabc/nyheter/DemonstrasjoniOslomandag2.html>). Høringsuttalelsen fra regionstillitsvalgt i Jordmorforeningen (2003) viser, som forventet, at foreningen var i mot forslaget

Samlet sett virker det som om de ansatte var negative til nedlegging av avdelingen, men at dette ikke manifesterte seg i noen virkelig robust motstand mot nedleggingsforslaget. Aksjonsformen som ble benyttet av de ansatte, deltakelse i *en* markering mot nedlegging av avdelingen, kan ikke anses som noe sterkt virkemiddel.

Motstanden fra de ansatte på Gjøvik ble i første rekke uttrykt gjennom organiseringen av en proteststand høsten 2002 (Morken 2002). Dessuten deltok de ansatte i organiseringen av fakkeltog mot nedlegging av avdelingen (Andersen 2003a). Uttalelsene til sykepleierforbundet i helseforetaket (NSF 2003) viser at denne gruppen var kritisk til de foreslåtte endringene. Utover dette ser det ikke ut til å være ytterligere handlinger fra de ansatte mot nedleggelsen av avdelingen. Inntrykket en sitter igjen med her er stort sett tilsvarende med inntrykket fra prosessen rundt Aker, det var en motstand mot nedleggingsforslaget, men at denne motstanden ikke nedfelte seg bruk av robuste virkemidler.

Det er interessant å se nærmere på Lærdalscasen i denne sammenhengen. Fra empirien går det klart frem at helseforetaket fikk problemer da jordmødrene, som er den

viktigste profesjonen innen fødselsomsorgen, kollektivt sa opp sine arbeidsavtaler. Samtidig nektet kirurgene å bistå den foreslåtte forsterkede fødestua. Nå skal det sies at kirurgene begrunnet sitt standpunkt med at de manglet kompetanse til denne type inngrep, men samtidig var det ikke spesielt vanskelig å opparbeide seg denne kompetansen. At motstanden var egnet til å vanskeliggjøre reorganiseringsplanen til foretakene er på det rene. Dette ble påpekt av arbeidsgruppen i Helse Førde (2003B). Den institusjonelle motstanden gjorde det også nødvendig å leie inn medisinsk personale for å kunne drive den forsterkede fødestuen. Gitt denne situasjonen mente Helse Vest (sak 092/03B) at de ikke hadde økonomi til å drive en forsterket fødestue etter mars 2004.

Resultatet av prosessen ble en opprettelse av forsterket fødestue i Lærdal. Men dette var på tross av helseforetakenes ønske. Helseministeren måtte kreve at foretaket gjennomførte pålegget. Til tross for at helsepersonellens motstand ikke førte til opprettholdelse av fødeavdeling i Lærdal, viste casen entydig at den institusjonelle motstanden var mest effektivt her.

Den sterke institusjonelle motstanden i Lærdal kommer overraskende i forhold til de forventninger som ble fra teorien. Kollektiv oppsigelse må anses å være noe av det sterkeste virkemiddelet en gruppe arbeidstakere kan ta i bruk (innenfor lovens rammer). En forklaring kan være at slike ekstreme aksjonsformer kan være lettere å gjennomføre i en liten institusjon. Her er oversikten over de andre individene god, noe som gjør både samkjøring og kontroll av enkeltpersoner enklere. En annen forklaring kan knyttes til at lokalbefolkningens sterke engasjement for fødeavdelingen, hadde effekt på de ansattes kamp for avdelingen. Denne forklaringen står nok svakt fordi lokalbefolkningens mobilisering også var sterk på Gjøvik, uten at dette førte til noen tilsvarende mobilisering fra de ansatte. Alternativt kan det spekuleres i om frykt for represalier fra lokalbefolkningen fikk de ansatte til å opptre samlet. Lærdal er et lite sted der ”alle kjenner alle”, og de jordmødrene som i utgangspunktet ikke støttet den kollektive oppsigelsen, kan ha følt et press til å delta i aksjonen. Dette er imidlertid utenfor denne studiens rammer, og jeg overlater til andre å undersøke dette nærmere.

Samlet sett viser denne analysen at motstanden fra de ansatte på de ulike avdelingene varierte, men at variasjonen hadde motsatt fortegn enn det man kunne forvente. Det var den minste avdelingen som ytte mest motstand. **Dette innebærer at H2 ikke kan støttes.** I de tre casene jeg har analysert var det ingen sammenheng mellom avdelingens størrelse og robusthet i kultur. Analysens funn er dermed også egnet til å svekke et sentralt premiss fra mitt teoriperspektiv, at institusjoner innen helsevesenet har en sterk kultur. Dette er overraskende, både helsevesenets lange historie og sterke profesjonsgrupper tilsier at organisasjoner her skal ha sterke institusjonelle trekk (Christensen m.fl. 2004; Kjekshus og Nordby 2004). Av den grunn er det på sin plass å undersøke alternative forklaringer som sammenfaller med de teoretiske forventningene, og utfallet av casene.

5.2.1 Alternative forklaringsmodeller

Den svake institusjonelle motstanden kan kanskje ses i sammenheng med at helseforetakenes forslag ble oppfattet som delvis kompatibel med den institusjonelle normstrukturen. Helseforetakene argumenterte for at en sentralisering av medisinsk kompetanse ville styrke fagmiljøene og den medisinske spisskompetansen i foretaksgruppene (jf. Helse Innlandet 2003: 48). En følge av dette ville trolig bli en styrket kompetanse knyttet til behandling av vanskelige medisinske tilfeller. Helsepersonellet kan på grunnlag av dette ha vært delvis positive til de foreslåtte endringene. Legeforeningens høringsuttalelser i Lærdalscasen kan til en viss grad tas til inntekt for en slik tolkning: "Sogn og Fjordane legeforening går mot å opprette fødestove i Lærdal og Norfjordeid. Helse Førde står i valet mellom å opprettholde fødeavdelingene eller legge dei ned." (Helse Førde HF 2003a: 12). Enten vil foreningen opprettholde fødeavdelingen, med de kompetansekrav som stilles her, eller så ønsker foreningen at avdelingene skal legges ned. Dette kan indikere at foreningen ønsket en viss grad av sentralisering. Imidlertid er dette den eneste uttalelsen fra noen av ansattgruppene som støtter en slik tolkning. Uttalelsen er heller ikke klar på om det er sentraliseringshensynet som står bak foreningens standpunkt. Denne forklaringen står dermed ikke spesielt sterkt.

Det tilsynelatende svake engasjementet på Aker og Gjøvik kan også knyttes til at motstand på avdelingene ikke er blitt fanget opp av mine kilder. Bakgrunnen for den manglende dokumentasjonen kan knyttes til at ledelsen ved helseforetakene har hatt interesse av å framtre mest mulig samlet utad. Dersom interne protester og motsigelser ble kjent, kunne dette gitt ekstra ammunisjon til motstanderne av prosessene. Forklaringen undergraves imidlertid av casenes utfall. Dersom den interne motstanden mot nedleggelse var så sterk som i Lærdal, ville sannsynligvis utfallet av Akerscasen blitt annerledes.

5.3 Sentrum og periferi – aktivisering av en konfliktlinje

Utgangspunktet for dette perspektivet er Lipset og Rokkans modell for den politiske utviklingen i Vest-Europa (Lipset og Rokkan 1967). Et sentralt element i denne modellen er tilstedeværelsen av en konfliktlinje mellom sentrum og periferi. På grunnlag av studier av blant annet Norge, ble det observert at en aktivisering av konfliktlinjen i visse tilfeller gagnet periferiens interesser. Dette skjedde til tross for at periferien i utgangspunktet, og per definisjon, var underlegen sentrum. En forklaring for denne gjennomslagskraften var at stridsspørsmål som aktiviserte skillelinjen, mobiliserte et bredt interessefelleskap (Lipset og Rokkan 1967; Aardal 1994). Ut fra dette vil jeg forvente at forsøket på å legge ned fødeavdelinger i utkantstrøk ville aktivisere den nevnte konfliktlinjen. Dermed blir det snakk om en politisk strid som ikke bare angår et lite lokalsamfunn, men en større gruppe av befolkningen som kjemper for utkantstrøkenes kår. Andre momenter som støtter en slik forventning er at vårt valgsystem favoriserer de mer perifere delene av landet, og at stortingspolitikkerne ofte stemmer med bakgrunn i regional tilknytning (Rommetvedt 2003). Sammenfallende med dette har vi de senere årene sett en økt stortingsaktivisme på de områdene Stortinget fortsatt har innflytelse (Rommetvedt 2002). Siden ansvaret for sykehusene ble overført til sentralforvaltningen gjennom sykehusreformen, vil det parlamentariske prinsippet føre til at de folkevalgte nå har større innflytelse over sektoren. Med dette

som utgangspunkt utledet jeg følgende hypotese **H3: Jo mer perifer plassering av fødeavdeling, jo mindre sannsynlighet for nedlegging/ændring.**

5.3.1 Den lokale mobiliseringen

Ut fra dette perspektivet ble det etablert en forventning om at mobiliseringen ville være sterkest i utkantstrøkene. Jeg skal derfor først undersøke graden av lokal mobilisering i de ulike casene.

En sammenlikning av forholdstallet mellom deltagelsen på den største protestaksjonen, og antallet innbyggere i kommunen der fødeavdelingen er lokalisert, kan gi en indikator på graden av aktivisering i lokalbefolkningen. Det er imidlertid store forskjeller på kommunenes befolkning og den totale befolkningen i fødeavdelingenes tradisjonelle opptaksområder. Derfor har jeg også tatt med befolkningen i fødeavdelingens tradisjonelle opptaksområde. Disse tallene står i parentes.

Tabell 3. Lokal mobilisering (tallene er avrundet).

Fødeavdeling	Største demonstrasjon (antall demonstranter)	Antall innbyggere (kommune/region)	Forholdstall Demonstranter/ant. innbyggere	Antall ¹⁸ (større) aksjoner
Aker	200	520 000 (80 000)	0,0004 (0,0025)	1
Gjøvik	3500	27 000 (102 000)	0,13 (0,03)	3
Lærdal	1000	2200 (30 000)	0,45 (0,03)	4

(Kilde – antall innbyggere: Statistisk årbok 2004)

Tabellen viser klare forskjeller i graden av mobilisering mellom Lærdal og Gjøvik på den ene siden og Aker på den andre. Ikke bare viser forholdstallene at mobiliseringen

¹⁸ Tallene er hentet fra kapittel 4, og omfatter demonstrasjoner, underskriftsaksjoner og møter med helseministeren. Tallmaterialet er noe usikkert siden mindre aksjoner kan være utelatt. Dessuten er antallet underskriftsaksjoner i Lærdal usikkert, aksjonistene overleverte ved flere tilfeller omkring 13 000 underskrifter, dette blir dermed regnet som en aksjon.

er sterkest i periferien, de absolutte tallene viser også den samme tendensen. Akers ene aksjon samlet bare 200 personer. Sammenliknet med Lærdal og Gjøvik er dette et svært lavt tall. Det er verdt å trekke frem at aksjonistene i Lærdal ved to tilfeller samlet inn over 10 000 underskrifter til støtte for fødeavdelingen, noe som må anses som svært høyt i forhold til befolkningsgrunnlaget. Videre ser vi at aksjonistene i Lærdal også er mest aktive i forhold til antallet aksjoner. Gjøvik kommer her rett bak Lærdal, mens det som nevnt bare var en aksjon for Aker. Disse tallene viser at lokalbefolkningens mobilisering var sterkest i periferien.

5.3.2 Mobiliseringen på nasjonalt plan

En aktivisering av en konfliktlinje krever noe mer enn sterkt lokalt engasjement. Det forventes at en aktivisering vil mobilisere et bredt kollektivt interessefellesskap (Lipset og Rokkan 1967; Aardal 1994). Dermed må vi undersøke mobiliseringen som foregikk utover det lokale engasjementet, samt graden av organisering rundt denne mobiliseringen.

Vi ser i kapittel fire at både *Lærdalsaksjonen* og aksjonen for fødeavdelingen på Aker ble tilknyttet et nasjonalt nettverk av fødeaksjoner. Dette nettverket hadde som uttalt mål å presse de folkevalgte og sentrale myndigheter til å omgjøre helseforetakenes vedtak om å legge ned ulike akutt- og fødeavdelinger (www.fjordinfo.no/forsvarsjukehuset). At nettverket fikk møte helseministeren i mai 2003, der de overleverte over 133 000 underskrifter til støtte for lokalsykehusene, viser tydelig at nettverket ble oppfattet som en betydningsfull aktør av sentrale beslutningstakere.

Lærdalsaksjonen ser ut til å ha spilt en viktig rolle i dette nettverket. Aksjonsgruppen var en av de første som ble tilknyttet nettverket, og gruppen deltok i nettverkets møte med helseministeren i mai 2003. I tillegg var Bente Ø. Hauge fra *Lærdalsaksjonen* nettverkets koordinator og en sentral talsperson utad.

Ut fra dette kunne en forvente at *Aksjonsgruppa for Aker* sin deltagelse i nettverket skulle styrke deres sak. Imidlertid tyder mye på at medlemskapet ikke ga den

forventede avkastningen. Nettverkets navn, *Folkebevegelsen for lokalsykehusene*, kan gi assosiasjoner til at dette var en interesseorganisasjon for sykehusene i distriktene. En kikk på nettverkets hjemmeside styrker denne antagelsen (<http://www.fjordinfo.no/forsvarsjukehuset/>). Nettverkets policydokumenter viser at de viktigste sakene var kampen for de små lokalsykehusene og utkantstrøkenes kår. Fødeavdelingen på Aker kvalifiserer ikke til et slikt ordvalg. En kan dermed si at *Aksjonsgruppa for Aker* ble utdefinert av det kollektive interessefellesskapet.

I Gjøvik ser det ikke ut til at aksjonen inngikk i noe bredere formalisert samarbeid. Med bakgrunn i mine kilder kunne jeg heller ikke identifisere at det ble etablert noen interesseorganisasjon. Imidlertid er det klart at det sto lokale aksjonsgrupper bak de demonstrasjonene som fant sted i Gjøvik. Disse virker imidlertid svakere organisert, og mer aksjonspreget, enn interesseorganisasjonene for fødeavdelingene på Lærdal og Aker.

Et annet element som ble vektlagt fra dette perspektivet er stortingspolitikernes engasjement. I Lærdalscasen så vi at stortingsbenken i Sogn og Fjordane aktivt støttet kampen for fødeavdelingen. Samtidig viste uttalelsen fra sosialkomiteen i forbindelse med budsjettet for 2004, at den politiske støtten ikke stoppet ved fylkets stortingsbenk. En samlet sosialkomité krevde at regjeringen skulle gjennomgå foretakenes restruktureringsvedtak av fødselsomsorgen, og det ble pekt på at dette spesielt gjaldt vedtakene i Nord og Vest (Stortinget 2003a: 1093). Det er klart at dette utsagnet var rettet mot blant annet fødeavdelingen på Lærdal, siden Helse Vest på dette tidspunktet bare hadde vedtatt omgjøring i Lærdal og Odda.

I Gjøvik så vi at stortingspolitikere fra Ap og Høyre i Oppland gikk klart ut mot nedleggelse. Dessuten viste spørretimen i Stortinget den 5. november 2003 at representantene fra Sp også var negative til nedlegging, disse representantene var samtidig kritiske til all form for omlegging av føde- og akutttilbud i utkantstrøk (Øverland 2003). Motstanden blant de folkevalgte kan altså knyttes til politikere fra regionen, og politikere fra partier som var negative til reformen. Samtidig engasjerte også andre stortingspolitikere seg, blant annet sosialkomiteens leder John Alvheim

(FrP, Telemark). Dette kommer frem av Alvheims uttalelser til Oppland Arbeiderblad: ”Fødeavdelingen på Gjøvik vil ikke bli lagt ned. Den får dere beholde. Der har jeg gjort en god jobb for å si det selv” (Hansen 2003).

For Akers del virket aktiviteten blant stortingspolitikernes mer avmålt. Siden fødeavdelingen på Aker var lokalsykehus for en stor del av befolkningen i Oslo, ville det vær naturlig å forvente at folkevalgte herfra var aktive i kampen for avdelingen. I kapittel 4.3.4 kom det frem at Arbeiderpartiets Britt Hildeng aktivt gikk mot nedleggelse sammen med Olav Gunnar Ballo (SV, Finnmark). Disse representantenes engasjement var imidlertid unntaket fra regelen. Til tross for at Oslo hadde hele 16 representanter på tinget, framkommer det ikke av mine kilder at det var noe aktivitet fra disse (utenom Britt Hildengs engasjement).

Gjennomgangen av stortingspolitikernes engasjement i de tre casene viser at Rommetvedts (2003) tese om Stortinget som periferiens sentrale forsamling, på mange måter er dekkende. En gjennomgang av de folkevalgtes engasjement antyder at partipolitikkens rolle i denne politiske konflikten var begrenset. Lærdalsaksjonen hadde ingen klar partipolitisk tilknytning. I Gjøvikscasen ser det heller ikke ut til at de ulike partiene hadde noen sentral rolle. Her gikk flere politikere med regional tilknytning aktivt inn i kampen for avdelingen, men partipolitikk som sådan virket ikke som noe sentral faktor her. Politikernes reaksjoner indikerte at deres holdning var basert på et ønske om å støtte deres distrikt. Et mulig unntak fra fraværet av partipolitikk kan være engasjementet fra Sp-representantene. Dette burde imidlertid ikke komme overraskende. Partiets historikk og velgergrunnlag tilsier at Sp er det partiet som sterkest vil målbære periferiens interesser (ibid).

I denne saken virker det som om de folkevalgtes engasjement faller inn i en reaktiv rolle, - at flertallet av de folkevalgte ikke engasjerte seg før omfanget av de lokale sykehusaksjonene ble klart. Dette kan forklare tilbaketrekningen av den politiske støtten til reorganiseringene innen fødetilbudene i distriktene. På samme måte forklarer dette også hvorfor fødeavdelingen på Aker ikke ble støttet av flere

folkevalgte fra Oslo. I Oslo var det trolig ikke tilstrekkelig lokal mobilisering for at de folkevalgte her så seg tjent med å gå imot nedleggingsforslaget.

Det er samtidig verdt å merke seg at støtten til fødeavdelingene på Lærdal og Gjøvik ikke begrenset seg til de respektive fylkesbenkene og Sp. Både uttalelsene fra Alvheim og uttalelsene i sosialkomiteen viser at begge fødeavdelingene hadde støtte fra mange stortingsrepresentanter. I denne sammenheng må vi ha in mente at det ikke bare var i Lærdal og Gjøvik at fødeavdelinger skulle legges ned. I andre fylker og regioner var situasjonen den samme, ikke minst i Nord-Norge. En forklaring på den ytterligere støtten kan dermed knyttes til en form for alliansebygging. Folkevalgte i regioner der fødetilbud og liknende sto i fare for å bli lagt ned, valgte å samarbeide. Innen aksjonskanalen ble det kollektive interessefellesskapet institusjonalisert på et nasjonalt plan gjennom nettverket *Folkebevegelsen for lokalsykehusene*, dermed er det sannsynlig at det også forekom samarbeid eller en viss koordinering mellom de folkevalgte fra disse regionene.

I forhold til forventningene fra sentrum- periferiperspektivet, var den sterke mobilisering for avdelingen på Gjøvik uventet. I teorikapittelet ble det utledet en forventning om at mobiliseringen for avdelingen på Lærdal skulle være sterkere enn mobiliseringen for Gjøvik (jf. tabell 2). Tabell 3 viser at mobiliseringen for avdelingene var omtrent like omfattende. Dette blir noe modifisert av at sykehusaksjonen i Lærdal var bedre organisert enn tilsvarende aksjon i Gjøvik. På tross av dette, var det klart at mobiliseringen for Gjøvik var svært omfattende. Jeg vil trekke frem to mulige forklaringer på denne situasjonen. For det første kan fødeavdelingen på Gjøvik betegnes som mer perifer enn det som fremgår av sentrum-periferiindeksen i tabell 1. Avdelingens tradisjonelle opptaksområde omfatter kommuner som: Vang, Østre Slidre, Vestre Slidre og Nord Aurdal. Dersom befolkningsgrunnlaget i området nordvest for Gjøvik hadde vært integrert i Gjøviks sentrum- periferiindeks, ville fødeavdelingen sannsynligvis blitt betegnet som noe mer perifer. En annen forklaring er at graden av mobilisering tilknyttet en konfliktlinje ikke har sammenheng med *i hvilken grad* et sted er perifert. Derimot kan aktivisering av en

konfliktlinje være et spørsmål om *enten eller*. Enten aktiviserer et stridsspørsmål konfliktlinjen, eller så gjør den det ikke. Aktiviseringen av sentrum-periferikonfliktlinjen krever naturlig nok at et sted er perifert, men *styrken* på mobiliseringen kan være knyttet til andre aspekter, som trekk ved stridsspørsmålet. Denne studien åpner ikke for videre undersøkelser rundt dette temaet, jeg må derfor overlate til andre å undersøke dette videre.

Uansett rokker ikke dette ved den endelige konklusjonen. Den sterke aktiviseringen blant lokalbefolkningen og rikspolitikere i Lærdal og Gjøvik faller i stor grad sammen med det mønsteret som ble forventet ved aktiviseringen av konfliktlinjen. Dette til tross for at Lærdalscaset ikke var noen entydig seier for aksjonistene. For Aker ser det derimot ikke ut til at nedleggingsforslaget aktiviserer noe tilsvarende interessefellesskap. Spørsmålet ser ikke ut til å ha mobilisert lokalbefolkningen i Oslo i noen nevneverdig grad. Analysen viser at de mønstrene jeg forventet å finne rundt prosessene, samt utfallene av prosessene, støtter **H3**.

5.4 Oppsummering av analysen

I det foregående har jeg analysert studiens tre caser med bakgrunn i forventningene som ble utledet fra studiens tre teoretiske bidrag.

Hypotesen som ble utledet på bakgrunn av *prinsipal– agentperspektivet*, blir ikke støttet av studiens empiri. Til tross for dette vil jeg hevde at perspektivet var fruktbart. Perspektivets analytiske verktøy viste seg godt egnet til å analysere styringsrelasjonen mellom myndighetene og helseforetakene. Analysen viste dessuten at perspektivets fokus på agentproblemet i en styringsrelasjon kan være overdrevet. Styringssvikten som ble identifisert i denne studien kunne tilbakeføres til prinsipalen(e), og ikke til helseforetakene. Dette støttes også av funn fra andre studier (se eks. Boston mfl. 1996: 32).

Institusjonell teori hadde i denne studien liten forklaringskraft. Verken på fødeavdelingen på Gjøvik eller Aker viste de ansatte noen form for robust motstand.

Analysen av Lærdalscasen viste derimot at de ansatte her utøvde mest robust motstand, stikk i strid med hypotesen (H2). Den robuste institusjonelle motstanden i Lærdal kan sees i sammenheng med funnene fra sentrum- periferiperspektivet. Det virker som om den sterke motstanden hos lokalbefolkningen i Lærdal samtidig styrket motstanden fra de ansatte på fødeavdelingen. En slik forklaring er egentlig ikke særlig oppsiktsvekkende. De aller fleste ansatte på fødeavdelingen i Lærdal bor trolig i regionen. Det er dermed sannsynlig at befolkningens sterke mobilisering spilte positivt inn på mobiliseringsstyrken i institusjonen.

Mønsteret og utfallene av alle casene følger i hovedsak det en kan forvente fra et sentrum- periferiperspektiv. Alle de tre casene støttet entydig hypotesen som ble utledet, samtidig som mønsteret bak mobiliseringen passet forholdsvis godt med forventningene. På bakgrunn av dette kan det slutes at sentrum- periferiperspektivets forklaringskraft er styrket i denne type prosesser.

6. Er det nye styringssystemet egnet for en restrukturering av spesialisthelsetjenesten?

I dette siste kapittelet skal jeg drøfte noen av svakhetene til det nye styringssystemet som er kommet fram i analysedelen, til slutt i kapittelet skal jeg besvare oppgavens overordnede problemstilling. Før dette kan gjøres må jeg undersøke muligheten for generalisering fra casene til systemet som helhet.

6.1 Et spørsmål om generalisering

Den entydige støtten til sentrum- periferiperspektivet i alle de tre casene indikerer at forsøk på nedlegging av fødetilbud i distriktene er vanskelig. I hvilken grad kan det forventes at andre typer nedleggingsprosesser vil ha tilsvarende utfall?

Skillet mellom *elektiv- (planlagt) virksomhet* og *akutttilbud* er trolig av betydning her. En fødsel kan begynne før terminen, eller det kan oppstå komplikasjoner i svangerskapet, slike situasjoner krever øyeblikkelig behandling. Fødetilbud faller dermed i samme kategorien som akutttilbud. Dersom en har behov for akutt helsehjelp, er det betryggende å vite at man har et tilbud i nærheten som sikrer kvalifisert hjelp. Både føde- og akutttilbud er derfor helsetilbud som lokalbefolkningen setter pris på å ha i nærmiljøet. Av den grunn er det naturlig å forvente sterk lokal motstand dersom føde- og akutttilbud står i fare for å bli lagt ned.

Elektiv virksomhet er i mindre grad knyttet til et tilsvarende nærhetsbehov. Pasienten vet normalt i godt tid i forveien at en operasjon skal finne sted. Avstanden til denne typen helsetilbud har ingen innvirkning på faren for komplikasjoner. Man kan dermed forvente at lokalbefolkningen vil reagere mildere på nedlegging eller flytting av denne typen helsetilbud. Tilsvarende gjelder også for sykehusenes administrative virksomhet.

Elektiv virksomhet er imidlertid ofte en integrert del av lokalsykehusenes tjenestetilbud, og endringer her kan påvirke andre deler av det medisinske tilbudet ved

et sykehus. Føde- og akutttilbud krever blant annet kirurger, barneleger, overleger og gynekologer. Nedleggelse eller flytting av den elektive virksomheten ved for eksempel en gastrokirurgisk avdeling vil sannsynligvis svekke lokalsykehusets akuttberedskap på dette området. En flytting eller nedleggelse av slik virksomhet vil i mange tilfeller oppfattes som en nedgradering av et lokalsykehus, og vil derfor kunne føre til sterk motstand fra lokalbefolkningen.

Vi kan dermed forvente at forsøk på nedleggelse av føde- og akutttilbud i distriktene vil få samme utfall som denne studiens to perifericaser. Forsøk på nedlegging eller flytting av annen sykehusvirksomhet i distriktene vil normalt ikke føre til noen aktivisering av sentrum- periferikonfliktlinjen, men dette er mer usikkert dersom utflytting av elektiv virksomhet oppfattes å svekke akutttilbudet ved lokalsykehuset.

6.2 Styringssystemets svakheter

Analysen som ble gjennomført i forrige kapittelet viser at det nye styringssystemet var heftet med flere problemer. For det første viste casene at målstrukturen til prinsipalen ble endret gjennom prosessene, og at resultatet var en omgjøring av helseforetakenes planer. I Gjøvik kom dette i form av en formell omgjøring, i Lærdal gjorde ministeren det klart at en omgjøring til fødestue ikke ville godtas.

Omgjøringsvedtakene indikerer svakheter ved praktiseringen av den formelle styringsdialogen. Under prinsipal- agentperspektivet ble dette betegnet som *styringssvikt*. Dersom prinsipalene på et tidligere tidspunkt hadde signalisert gjennom styringsdialogen at endringene i Lærdal og Gjøvik ikke ville bli godkjent, kunne denne situasjonen vært unngått. Grunnen til dette ikke ble gjort kan sannsynligvis knyttes til prinsippet om at foretakene skulle være fristilte, og at dette krevde en generell styringsdialog. Et slikt prinsipp burde trolig vike i denne type saker. I situasjoner der det er klart at foretakene skal behandle konfliktfylte spørsmål, viser denne studien at det et behov for en stor grad av samkjøring mellom politikere og helseforetak. Sykehusreformen i seg selv legger ingen formelle hindringer på omfanget av den

formelle styringsdialogen. For eksempel er det opp til helseministeren selv å innkalle til ekstraordinært foretaksmøte (jf. Helseforetakslovens § 18). Styringsdialogen kan også suppleres med en parallell stabsdialog (uformell styringsdialog). Styringsproblemene kunne dermed blitt avhjulpet gjennom en mer detaljert styringsdialog, eller hvis det hadde vært en mer omfattende stabsdialog.

Samtidig er det klart at omgjøringen av helseforetakenes vedtak hadde konsekvenser utover foretakenes planer for de to fødeavdelingene. Helseministerens beslutning rammet en integrert del av større funksjonsfordelingsplaner. For eksempel var nedleggingen av fødetilbudet på Gjøvik et ledd i omgjøringen av sykehustilbudet for *Kvinner – barn* i hele Mjøsregionen (jf. Sykehuset Innlandet HF 2003). Sykehuset Innlandets planer for fødselsomsorgen i regionen omfattet en rekke medisinske fagområder, blant annet kvinnesykdommer, nyfødtmedisin, fødselshjelp og barnesykdommer (ibid:3). Funksjonsfordelingsplanen til foretaket var ment å frigjøre de tilstrekkelige medisinskfaglige ressursene for å muliggjøre reorganiseringen av fødetilbudet i regionen. Utfallet av prosessene var utvilsomt dårlig bruk av knappe ressurser. Samtidig førte dette også til at helseforetakene i fremtiden ikke kunne ta politikernes støtte for gitt, til tross for at de handlet innenfor rammene av kontrakten.

Det politiske spillet rundt fødeavdelingene og omgjøringen av foretakenes forslag viser at politikerne hadde problemer med å etterfølge den strategiske politikerrollen som styringsmodellen forutsa. At politikerne har problemer med å overholde sin strategiske rolle er godt dokumentert (Christensen og Lægreid 2001; Egeberg 1997: 415; From og Kolberg 2003). Samtidig kan det hevdes at styringsmodellen som ble dannet i kjølvannet av reformen, la forholdene til rette for sterke styringsambisjoner fra både helseministeren og stortingspolitikere. Til tross for intensjonene om fristilte helseforetak, var det som nevnt få formelle hindre for dette. Helseforetakslovens § 30 åpnet for at helseministeren kunne gripe inn i samfunnsmessige viktige saker (jf. kapittel 2.2.1). Etter det parlamentariske prinsippet hadde også stortingspolitikerne den samme muligheten.

Et siste moment kan knyttes til ansvarsforholdene mellom systemets aktører. Reformen var ment å klargjøre ansvaret i sykehussektoren. Når ministeren grep inn i foretakenes vedtak, er dette egnet til å skape uklare ansvarsforhold. Dersom Stortinget eller helseministeren vil holde helseforetakene ansvarlig for overskridelse av budsjettene, kan foretakene svare med å legge skylden på politikerne. Foretakene kan begrunne dette med at viktige elementer i deres effektiviseringsplaner ble stoppet. Problemet kan bli særlig aktuelt dersom ministeren eller de folkevalgte fortsetter å overstyre helseforetakene. Potensialet for uheldige spillsituasjoner, slik situasjonen var før reformen, er dermed fortsatt til stede.

Denne studien viser at det nye styringssystemet er heftet med mange problemer, både faktiske og potensielle. Jeg vil likevel hevde at spørsmålet om reformen har vært vellykket, først kan avgjøres senere. Et viktig element i så måte er kapasiteten for læring. Dersom aktørene i systemet har evne og vilje til å lære av en reforms oppstartsproblemer, kan mye være løst. Sykehusreformen, slik den er utformet, gir rom for endringer. De problemene jeg har påpekt i dette kapittelet kan til en viss grad løses dersom praktiseringen av styringsdialogen forandres på enkelte områder. Gjennom klarere politiske signaler, eller prinsippvedtak i Stortinget vil helseforetak, staten og de folkevalgte kunne løse mange av samkjøringsproblemene.

6.3 Er det nye styringsregimet egnet til å gjennomføre reorganiseringer innen sykehussektoren?

Et hovedfunn i denne studien er at endringer som går *mot* sentrum-periferikonfliktlinjen kan vise seg vanskelig å gjennomføre. Perspektivets forklaringsstyrke eksemplifiseres også gjennom en prosess som foregikk parallelt med den vi har studert. Våren 2003 foreslo daværende Arbeids- og administrasjonsminister, Victor D. Nordman, at 7 statlige tilsyn skulle flyttes ut fra Oslo (Hommen 2003). Til tross for sterk institusjonell motstand, og motstand fra en del Oslopolitikere, ser utflyttingen til å ha gått rimelig vellykket. Det interessante i dette tilfellet er at ministeren benyttet konfliktlinjen til sin fordel. Han spilte *med* konfliktlinjen. Dette

indikerer at denne sakstypen innehar aspekter som på en særlig måte er egnet til å aktivisere sentrum- periferikonfliktlinjen.

Tidspunktet for mobiliseringen av konfliktlinjen er også av betydning i forholdt til studiens overordnede problemstilling. Gjennom sosialkomiteens innst. S nr. 300 (2000-2001) og implementeringen av sykehusreformen var det klart at fødetilbudet i distriktene sto foran omfattende strukturelle endringer. Hvorfor ble da ikke konfliktlinjen aktivisert parallelt med disse vedtakene? At Lærdalsaksjonen ble dannet allerede i juli 2001 vitner om at det var oppmerksomhet rundt følgene av Stortingets vedtak, men samtidig var det tydelig at konfliktnivået ikke steg før høsten 2002. Lowis kategorisering av ulike typer offentlig politikk kan være egnet til å belyse dette fenomenet. Lowi (1972) hevder at saker med *omfordelingsvirkninger* i sterk grad åpner for konflikt, fordi denne typen avgjørelser gir *direkte* negative virkninger for bestemte samfunnsgrupper. Helseforetakenes nedlegging og sentralisering av fødeavdelinger passer inn i denne kategorien. De folkevalgtes vedtak, sykehusreformen og innst. S. nr. 300, faller grovt sett i en annen kategori, nemlig *organiseringspolitikk*. De faktiske utfallene av denne typen politikk er diffus, og skaper således ikke tydelige tapere. Dermed blir konfliktnivået lavere. Dersom vi går tilbake til de tre casene synes denne forklaringen plausibel. Den virkelige mobiliseringen startet først da det var klart at den lokal fødeavdelingen sto i fare for å bli nedlagt.

Dersom en ser aktivisering av konfliktlinjen i sammenheng med Lowis (1972) politikkategorier, avsløres styringsmodellens svake punkt. Tidspunktet for aktiviseringen kan som nevnt forklares med bakgrunn i Lowis *omfordelingskategori*. Politikerne kan i dette systemet utforme en kontrakt som forutsetter at foretakene skal gjennomføre strukturendringer. Den eventuelle reaksjonen på strukturendringene kommer derimot ikke før helseforetakene har utarbeidet konkrete nedleggingsforslag. Dersom nedleggingsforslaget møter tilstrekkelig sterk motstand, kan politikerne handle opportunistisk, og legge ned veto mot forslaget. Men dersom motstanden er svak, kan nedleggingsforslaget bifalles. Helseforetakene står i en annen situasjon. Som

vist var nedleggingsprosesser svært ressurskrevende for helseforetakene. Ettersom foretakene ikke med sikkerhet vet om politikerne i siste instans vil legge ned veto mot forslaget, kan foretakene for fremtiden se seg tjent med ikke å starte opp slike reorganiseringsprosesser. Eventuelt kan de foreslå strukturelle endringer av begrenset omfang. Utfallet av sykehusreformen kan således bli færre og ikke flere reorganiseringer.

6.4 Avslutning

I denne studien stilles spørsmålet om styringssystemet sykehusreformen etablerte er egnet for reorganiseringer av sykehussektoren. Analysen av de tre casene viste at nedlegging av fødeavdelinger i distriktene er vanskelig. Problemet med nedlegging eller omgjøring knyttet seg i liten grad til institusjonell motstand, dette til tross for sterke profesjoner, og en godt dokumentert nærhetsetikk (Kjekshus og Nordby 2004). Reorganiseringsutfordringene ser ut til å kunne relateres til en ekstern mobilisering. En ekstern mobilisering som i grove trekk ser ut til å falle sammen med det mønsteret en kan forvente å finne ved en mobilisering av sentrum- periferikonfliktlinjen. Studien støtter dermed Rokkans tese om at politikkenes grunnleggende vesen er *interessekampen*, og at en sentral arena for denne kampen er konfliktlinjen mellom sentrum og periferi. Av den grunn kan en derfor ikke forvente at organisatoriske og strukturelle reformer kan endre på denne virkeligheten.

Sykehusene driver som kjent med mye mer enn føde- og akutttilbud. Innenfor administrativ og elektiv virksomhet vil hovedregelen trolig være at det nye styringssystemet er egnet til å få gjennomført reorganiseringer. De regionale helseforetakene har sannsynligvis færre insentiver, sammenliknet med fylkeskommunepolitikere, til å opprettholde enheter og avdelinger som viser seg lite effektive. Men for reorganiseringer av føde- og akutttilbud i distriktene vil grunnleggende konfliktstrukturer i samfunnet gjøre omstruktureringer like vanskelig som før, og kanskje enda vanskeligere, da foretakene ikke med sikkerhet vet om statsråden griper inn.

7. Kildeliste

- Aker universitetssykehus HF (2002). *Prosjekt "Struktur og oppgavefordeling i Helse Øst RHF" – Høringsuttalelse*. 5.08 (16.04.2005) [online]
URL: www.aker.uio.no/Nyheter/2002/08.06B.html
- Aker universitetssykehus HF (2003). *Merknader til rapport fra delprosjekt 12: fødsels- og nyfødtsomsorgen i Helse Øst RHF*. Høringsuttalelse 23.05.2003 (16.04.2005)
[online]URL: http://www.aker.uio.no/filer/2003.05.23_Merknader_foedselsomsorg.pdf
- Andersen, S. (2003). *Case-studier og generalisering*. Bergen: Fagbokforlaget
- Andersen, S. T. (2003a). *Massemønstring for føden*. *Oppland Arbeiderblad*. 19.03
- Andersen, S. T. (2003b). – *Føden ofret på økonomiens alter*. *Oppland Arbeiderblad* 07.10.
- Andersen, S. T. (2003c). *Kan politikerne redde føden?* *Oppland Arbeiderblad* 9.10.
- Baldersheim, H. (1998). *Kan fylkeskommunen fornyast?* I Baldersheim, H. (red.). *Kan fylkeskommunen fornyast?* Oslo: Samlaget
- Berntsen, B. (2003). - *Ikke faglig begrunnet fra helseministeren*. *Oppland Arbeiderblad* 14.11
- Boston, J., J. Martin, J. Pallot & P. Walsh (1996). *Public management. The New Zealand Model*. Aucland: Oxford University Press
- Bjørklund, T. (1999). *Periferi mot sentrum. Landsomfattende folkeavstemming i Norge*. Oslo: Institutt for statsvitenskap, UIO. Dr. gradsavhandling
- Budsjettinnstilling S. nr. 11 (2002-2003). *Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2003, vedkommende sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16)*.
- Budsjettinnstilling S. nr. 11 (2003-2004). *Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2004, vedkommende sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16)*.
- Christensen, T. (1994). *Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering av den sentrale helseforvaltningen*. Oslo: Tano
- Christensen, T. og P. Lægreid (2001). *New Public Management – Undermining Political Control?* I Christensen, T. og P. Lægreid (red.). *The transformation of ideas and practice*. Aldershot: Ashgate
- Christensen, T. m.fl. (2002). *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Christensen, T. m.fl. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget

- Dalton, R. J., S. C. Flanagan og P. A. Beck (1984). *Electoral Change in Advanced Industrial Democracies. Realignment or Dealignment*. Princeton: Princeton University Press
- Dok. Nr.15 spm. nr. 561 (2002). *Skriftlig spørsmål fra Britt Hildeng (A) til Helseministeren*. 12.09
- Dok. Nr. 15 spm. nr. 1 (2003). *Skriftlig spørsmål fra Reidun Grevdahl (A) til Helseministeren*. 13.10
- Egeberg, M. (1997). *Verdier I statsstyre og noen organisatoriske implikasjoner*. I Christensen, T. og M. Egeberg (red.). *Forvaltningskunnskap*. Oslo: Tano Aschehoug
- Eikenes, R. og J. Nyfløtt (2003). *Svarteperspel om Sjukehusa*. NRK – Sogn og Fjordane 02.04. (16.06.2005) [online]URL: http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_sogn_og_fjordane/2661435.html
- Eikenes, R. og I. Longvastøl (2004). *Dyrare fødeteneste i Lærdal*. NRK – Sogn og Fjordane. 15.01 (16.06.2005) [online]URL:http://www.nrk.no/nyheter/district/nrk_sogn_og_fjordane/3428359.html
- Ejersbo, N. og C. Greve (2002). *Introduktion til den offentlige sektor på kontrakt*. I Ejersbo, N. og C. Greve (red.). *Den offentlige sektor på kontrakt*. København: Børsens forlag
- Fevolden, T. (1997). *Fylkeskommunen – fra hjelpeorgan til selvstendig forvaltningsnivå*. I Christensen, T. og Egeberg, M. (red.). *Forvaltningskunnskap*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Ferlie, E. (1996). *The New public management in action*. Oxford: Oxford University Press
- Folkvord, M. (2003). – *Forverring av fødselstilbudet*. *Klassekampen* 01.11
- From, J. og L. Kolberg (2003). *Oppgaver fyller roller – hvilke roller fyller politikerne?* I From, J. (red.). *Hvor moderne? Konkurransetsetting I offentlig sektor*. Oslo: Abstrakt forlag
- Grønmo, S. (1996). *"Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen"*, i Holter, H. & Kalleberg, R. (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, K. P. (1992). *Prinsipal-agentteori: Implikasjoner for offentlig styring og politikk*. I Hagen K. P. og A. Sandemo (red.). *Offentlig politikk og private incitamenter*. Oslo: Tano
- Hagen, T. P. (1996). *Effektene av øremerkede tilskudd til fylkeskommunene*. Oslo: NIBR-notat
- Hagen, T. P. (1998). *Staten, fylkeskommunene og sjukehusa: Trekantdrama utan ende?* I Baldersheim, H. (red.). *Kan fylkeskommunen fornyast?* Oslo: Samlaget
- Hallingstad, R.(2004). *Regional styring i lys av foretaksorganisering*. Bergen: Rokkansenteret. Hovedfagsoppgave
- Hannan, M. T. og J. Freeman (1984). *Structural Inertia and Organizational Change*. *American Social Review* 49: 149-164.

Hansen, D.(2003). - *Fødeavdelingen er reddet. Oppland Arbeiderblad* 05.11

Helsedepartementet (2002). *Styringsdokument for Helse Vest/Øst 2003*. (06.11.04)
[online]URL:<http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/nedlagt/shd/sykehusreformen/brev/042031-990020/dok-bn.html>

Helsedepartementet (2003a). *Styringsdokument for Helse Øst 2004*.
(06.11.04)[online]URL:<http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/nedlagt/shd/sykehusreformen/brev/042031-990041/dok-bn.html>

Helsedepartementet (2003b). *Protokoll foretaksmøte Helse Vest 18.06*. (19.11.04) [online]
URL: http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/brev/042001-990006/dok-bn.html

Helsedepartementet (2003c). *Pressemelding. Nr. 87, 6.11.* (13.11.04) [online] URL:
<http://odin.dep.no/hod/norsk/aktuelt/pressem/042071-070187/dok-bn.html>

Helsedepartementet (2003d). *Protokoll foretaksmøte Helse Øst 6.11.* (13.11.04) [online]
URL: http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/brev/042071-990277/dok-bn.html

Helsedepartementet (2004a). *Rolleutvalgets rapport*.

Helsedepartementet (2004b). *Brev* (13.11.04), samt, *vedlegg 2, nasjonalt råd for fødselsomsorgen* [online]URL:
http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/brev/042001-110002/dok-bn.html

Helse Førde HF Styrevedtak [online]URL: http://www.helse-forde.no/helseforde_no/index.asp?strurl=1000940i

- Sak 65/02V, styremøte 21.08. 2002 (saken er redegjort for under sak 35/03V).

- Sak 021/03V, *Ny strategi for Helse Førde – Høyringsframlegg*. styremøte 19.03. 2003

- Sak 35/03V. *Ny strategi for Helse Førde – Endeleg vedtak*. Styremøte 28.05.2003

Helse Førde HF (2002). *Strategiplan Helse Førde 2003: Arbeidsgruppe for gyn./fødetjenester og barneavdeling*. (21.04.05) [online]URL <http://www.jostedal.no/fodeaksjonen/Rapport-fode-gyn-barn.doc>

Helse Førde HF (2003a). *Samandrag av høyringsfråsegner per 8. mai 2003*. (21.04.05)
[online]URL: http://www.helse-forde.no/helseforde_no/index.asp?strUrl=1001475i&topexpand=&subexpand=

Helse Førde HF (2003b). *Rapport forsterka fødestove*. (16.12.04) [online]URL:
http://www.helseforde.no/helseforde_no/applications/system/publish/view/showLinks.asp?archive=1001672

Helse Vest RHF Styrevedtak [online]Url:<http://www.helse-vest.no/sw4468.asp>

- Sak 10/02, styremøte 14.01. 2002 (saken er gjort rede for under Helse Førde HF sak 35/03V).

- Sak 025/02B. *Strategiprosess Helse Vest – oppfølging*. Styremøte 02.04.2002

- Sak 016/03B. *Rapport fra funksjonsfordelingsprosjektet – forslag til oppfølging*. Styremøte 17.02. 2003
- Sak 056/03B. *Funksjonsfordeling i Helse Vest – akutfunksjoner og fødetilbud*. Bakgrunn. Styremøte 11.06. 2003
- Sak 092/03B. *Vedlegg 5. Program implementering ny strategi i Helse Førde. Prosjekt forsterka fødestove i Lærdal V*. Styremøte 29.10. 2003

Helse Vest RHF (2003). *Akutfunksjoner i Helse Vest - Akuttrapport justert februar* (14.04.05) [online] URL: <http://www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/Styresaker/2003/170203/Akuttrapportjustertfeb2003.doc>

Helse Øst RHF Styrevedtak [online] URL: http://www.helse-ost.no/file_listgroup.asp

- Sak 177 – 2002, styremøte 17.12. 2002 (henvist til i kilde *Helse Øst* 2003).
- Sak 081 – 2003. *Fødsels- og nyfødtsomsorgen i Helse Øst – Prosjekt 2003, delprosjekt 12*. Styremøte 26.06. 2003
- Sak 131 – 2003. *Organisering av fødselsomsorgen i Sykehuset Innlandet*. Styremøte 16.10. 2003

Helse Øst RHF (2002a). *Helseforetaksstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst*. (16.04.2005) [online]URL http://odin.dep.no/filarkiv/150847/Forprosjektrapport_Helse_Ost.doc

Helse Øst RHF (2002b). *Målrettet og involverende prosess for struktur og oppgavefordeling*. Pressemelding 22.03.(24.04.2005) [online]URL: http://www.sjukehuset.no/Pressemeldinger/Helse_Ost/Struktur_oppgavefordeling.htm

Helse Øst RHF (2002c). *Funksjons – og oppgavefordeling, prosjekt 2003. Vedlegg 1.4*. (19.04.2005) [online]URL: http://home.no/reddabc/filer/Sak_177-2002.doc

Helse Øst RHF (2002d). *Prosjekt 2002. Helseforetaksstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst. Prosjekt hovedstadsområdet. Rapport fra Arbeidsgruppen – Dublering i hovedstadsområdet*. Side 32 – 61. (19.04.2005) [online]URL: www.helse-ost.no/showimage.asp?iEntityId=1462

Helse Øst (2003). *Utredning av fødsel- og nyfødt omsorgen i Helse Øst. Delprosjekt nr. 12*. (12.04.2005) [online] URL:www.helseost.no/showimage.asp?iEntityId=429

Herbjørnsrud, D. (2003). *Byråd sloss for fødeavdeling*. Aftenposten Aften 22.12

Hoffmann, F. (2002). *30 års styringsreformer. Mer helse og bedre styring?* Nytt Norsk Tidsskrift (1)

Hommen K. O. (2003). *Tilsynspolitik i Norge: Utflytting og Autonomi*. Notat 17.Rokkan-senteret, Universitetet i Bergen: Bergen

Hood, C. (1991): *A Public Management for All Seasons*. I Public Administration, (69):3-19

-
- Ingelhart, R. (1984). *The Changing Structure of Political Cleavages in Western Societies*. Kap. 2. i Dalton R. J., S. Flanagan og P.A. Beck (red.). *Electoral Change in Advanced Industrial Democracies*. NY: Princeton University Press
- Innst. S. nr. 300 (2000 – 2001). *Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap*.
- Innst. S. nr. 243 (2001 – 2002). *Innstilling fra sosialkomiteen om spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002*.
- Jordmorforeningen (2003.06.11). 200300071-153 Prosjekt 2003 Delprosjekt 12 fødsels- og nyfødtsomsorgen i Helse Øst – innspill. E-post til Britt Hubred. [online] Tilgjengelig via E-post: Britt.Hubred@helse-ost.no
- Kiewiet, D.R. og M.D. McCubbins (1991). *The Logic of Delegation. Congressional Parties and the Appropriations Process*. Chicago: The University of Chicago Press
- Kjekshus, L. E. og H. Nordby (2003). *Argumenter for en holistisk tilnærming i studier av sykehusorganisering*. I Berg, O. og G. Botten (red.). *Medisin og samfunn: festskrift til Grete Botten i anledning hennes 60-årsdag*. Oslo: Unipub
- Knutsen, O. (1988). *Partipolitiske skillelinjer i avanserte industrisamfunn*. Tidsskrift for samfunnsforskning 29(2).
- Krasner, S.D. (1988). *Sovereignty. An Institutional Perspective*. I Comparative Political Studies, 21 (1): 66-94.
- Lipset, S. M. og S. Rokkan (1967). *Cleavage Structures, Party Systems and Voter Alignments: An Introduction*. I Lipset, S. M. og S. Rokkan (red.). *Party Systems and Voter Alignments*. New York: The Free Press
- Lowi, T.J. (1972). *Four Systems of Policy, Politics and Choice*. I Public Administration Review. American Society for Public Administration 32, ss. 298-310
- Løken, L.(2003). *Fødeklinikk legges ned – gjenfødes i mai*. Aftenposten Aften 11.11.
- March, J. og J.P. Olsen (1989). *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press
- Marsdal, M. E. (2003). *Aksjonerer for sjukehus. Klassekampen* 18.03
- Martin, J. (1995). *Contracting and Accountability*. I J. Boston (red.). *The State Under Contract*. Wellington New Zealand: Bridget Williamson Books.
- Moe, T. M. (1984). *The New Economics of Organization*. I American Journal of Political Science, 28: 739-777
- Morken, E.(2002). *Full støtte til fødeavdelingen*. Oppland Arbeiderblad 18.11.
- Niskanen, W. (1971). *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago: Rand McNally
- NOU 1996: 5. *Hvem skal eie sykehusene?*

NOU 1999: 15. *Hvor nært skal det være?*

NOU 2003: 1. *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.*

NSF (2003.06.12). 200300071-178 Prosjekt 2003 delprosjekt 12 fødsels- og nyfødtsomsorgen i Helse Øst – innspill. E-post til Britt Hubred. [online] Tilgjengelig via E-post: Britt.Hubred@helse-ost.no

Olsen, J. P. (1992). *Analyzing Institutional Dynamics*. I Staatswissenschaften und Staatspraxis, 2: 247-271

Opedal, S. og I. M. Stigen (2002): *Statlige sykehus – Kan styringseffektiviteten bedres?* Oslo: HERO Skriftserie 2002:12

Ot.prp. 66 (2000-2001). *Om lov om Helseforetak m.m.*

Ottesen, S.A. (2003). *30 000 underskrifter til Helseministeren. Firda 05.04.*

Politt, C. (1995). *Justification by Works or by Faith*. Education, VOL. 2 (2): 133-154.

Politt, C. (2002). *Ch. 16: The New Public Management in international perspective*. I McLaughling (red.). *New Public Management. Current Trends and Future Prospects*. Routledge ss. 274 – 292.

Politt, C. og G. Bouckaert (1995). *Quality improvement in European public services: concepts, cases and commentary*. London: Sage

Ragnif, J. (2003). – *Nedleggelse skal stoppes. Akers Avis / Groruddalen 12.12*

Rokkan, S. (1987). *Stat, nasjon, klasse*. Oslo: Universitetsforlaget

Rommetvedt, H. (2002). *Politikkens almenngjøring og den ny-pluralistiske parlamentarismen*. Bergen: Fagbokforlaget

Rommetvedt, H. (2003). *The rise of the Norwegian parliament*. London: Frank Cass

Romøren, T. I. (2001). *Helsetjenesten*. I Hatland, A., S. Kuhnle og T.I. Romøren (red.). *Den Norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk

Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget

Scott, W. R (1992). *Organizations. Rational, natural and open systems*. Englewood Cliffs: Prentice Hall

Selznick, P. (1957). *Leadership in Administration*. New York: Harper & Row

Sjursen, S. og F. Søreide (2003. 03.16.). *1000 demonstrerte for fødeavdelinga. NRK Sogn og Fjordane*. (10.04.05) [online]URL: www.nr.no/nyheter/distrikt/nrk_sogn_og_fjordane/2614221.html

Skjeseth, A. (2003). *Høybråten presses av opprør for lokalsykehus. NTBtekst 25.06*

- Skog, O. J. (1998). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Slagstad, R. (1998). *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax
- Sosial- og helsedepartementet (2000). *Utkast 2000. Prisliste DRG 2000*. (27.04.05) [online] URL: <http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/nedlagt/shd/2000/publ/030005-994007/dok-bn.html>
- Sosial- og helsedepartementet (2001). *Styringsdokument for Helse Vest/ Helse Øst 2002*. (06.04.05)[online]URL:<http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/nedlagt/shd/sykehusreformen/helseforetakene/ost/030071-990225/dok-bn.html>
- Stortinget (2003a). *Referat fra sosialkomiteens behandling av budsjett for 2004*. 10.12
- Stortinget (2003b). *Muntlig spørretime. Spørsmål fra John Alvheim til Helseministeren*. 05.11 (06.08.05)[online]URL <http://www.stortinget.no/spti/sp-m20031105-03.html>
- St.meld. nr.24 (1996-1997). *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*.
- St.prp. nr. 59 (2001-2002). *Spesialisthelsetjenestens økonomi og budsjett 2002*.
- St.prp.nr.1 (2003-2004). *Den kongelige preposisjonen om statsbudsjettet medregnet folketrygden for budsjettterminen 1. januar – 31. desember 2004*.
- Sykehuset Innlandet HF (2002). *Prosjekt 2002. Helseforetaksstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst – Helse Innlandet, sluttrapport*. (12.03.2005) [online]URL: www.helse-ost.no/showimage.asp?iEntityId=1461
- Sykehuset Innlandet HF (2003). Vedlegg sak nr. 086 – 2003. *Organisering av somatiske helsetjenester i Sykehuset Innlandet HF*. Styremøte 06.10. 2003 (16.11.04)[online]URL: http://www.sykehuset-innlandet.no/stream_file.asp?iEntityId=716
- Ulvedal, T. (2004). *Lærdal skal ha gynekolog*. *Bergens Tidende* 09.01
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods*. London: Sage Publications
- Østerud, Ø. (1999). *Statsvitenskap. Innføring i politisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Øverland, T. (2003). *Sykehusene preger dagens spørretime*. *Laagendalsposten* 05.11.
- Aardal, B. (1994). *Hva er en politisk skillelinje. En begrepsmessig grenseoppgang*. Tidsskrift for samfunnsforskning. 2: 218-249

Internettsider/hjemmesider:

Folkebevegelsen for lokalsykehusene: (lest: 04.04. 2005) [online]URL:
<http://www.fjordinfo.no/forsvarsjukehuset/>

Jostedalsaksjonen / forsvar Lærdal Sykehus: (lest: 26.03. 2005) [online]URL:
<http://www.jostedal.no/fodeaksjonen/>

Redd ABC – avdelingen (Aker):

-Aksjonen 2. september 2002: (lest: 26. 04. 2005) [online]URL:
<http://www.home.no/reddabc/nyheter/DemonstrasjoniOslomandag2.html>

-Sammensetning av aksjonskomiteen: (lest: 26.04. 2005) [online]URL:
<http://www.home.no/reddabc/filer/Samledokument.doc>